Nederlandse Zorgautoriteit

Advies

Budgettair kader 2015 Wlz

Advies over de toereikendheid van het budgettair kader 2015 Wlz

Versie, mei 2015

Inhoud

Nederlandse Zorgautoriteit

Managementsamenvatting

Voor u ligt het Advies budgettair kader langdurige zorg 2015. Met het systeem van budgettaire kaders beoogt het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) doelmatige zorginkoop te stimuleren en de kostenontwikkeling in de Wet langdurige zorg (Wlz) te beheersen.
In deze rapportage adviseert de NZa of de contracteerruimte voor langdurige zorg in natura en voor de Persoonsgebonden budgetten (PGB) toereikend is.

Op landelijk niveau verwachten wij dat het beschikbare kader voor zorginkoop van zorg in natura voldoende is. Wel zien we duidelijk regionale verschillen in de verwachte benutting van het regionale kader.

Uit onze analyse blijkt dat de ruimte die beschikbaar is voor het PGB, onvoldoende is in 2015. We verwachten een tekort voor (bijna) alle zorgkantoorregio's. We adviseren u om voor 2015 aanvullend middelen beschikbaar te stellen voor het PGB-kader. Het precieze noodzakelijk bedrag voor PGB is in 2015 door ons op dit moment niet te voorspellen. We vinden het belangrijk dat op korte termijn voldoende middelen beschikbaar zijn voor het PGB. We adviseren daarom € 80 miljoen toe te voegen aan het PGB-kader.

Dit advies is tot stand gekomen op basis van de volgende onderbouwing:

Contracteerruimte 2014

In 2014 is circa € 262 miljoen van het kader in 2014 niet vertaald in productieafspraken. Dit is ongeveer 1,2% van de totale beschikbare ruimte. Slechts een deel van deze onbenutte middelen is toegewezen aan de Wlz. In samenhang met de maatregelen, die voor 2015 zijn genomen kunnen we niet zonder meer concluderen dat de basis contracteerruimte voldoende is voor de zittende cliënten.

Contracteerruimte 2015

Het totale budgettair kader bedraagt in 2015 € 17.785 miljoen. Dit is onderverdeeld in een contracteerruimte zorg in natura (ZIN) van € 16.505 miljoen en een PGB-kader van € 1.280 miljoen. Voor de voorspelling van de zorgvraag in 2015 kijken we behalve naar de specifieke maatregelen ook naar de ontwikkeling in de indicaties, zowel voor de leveringsvormen zorg in natura als voor het PGB.

We verwachten dat het landelijke budgettair kader voor ZIN in 2015 krap, maar toereikend is. Als we naar de verschillende onderdelen van de contracteerruimte kijken, dan verwachten we op een aantal onderdelen dat de beschikbare contracteerruimte niet toereikend is. Op andere onderdelen is de verwachting dat er meer middelen beschikbaar zijn, dan nodig voor de zorginkoop. Het totale beschikbare kader is naar verwachting toereikend.

De krapte wordt voornamelijk veroorzaakt doordat de lage ZZP's 2015 langzamer uitstromen, dan de uitstroom waar in het kader rekening mee wordt gehoudenDe beschikbare ruimte voor de hoge ZZP's is wel voldoende. Voor de Wlz-indiceerbaren verwachten we dat meer is toegevoegd, dan noodzakelijk is om de zorg voor voor deze groep cliënten in te kopen. De toevoeging is circa € 45 miljoen te hoog.

Over de daadwerkelijke uitputting van het Wlz-kader bestaat nog wel enige onzekerheid. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt doordat nog onzeker is, welk deel van de cliënten die onder het overgangsrecht vallen, een beroep doen op de Wlz. Op basis van de eerste cijfers blijft hier meer dan € 100 miljoen, maar de werkelijke uitkomst is nog niet zeker.

In 2015 heeft een wijziging in de omvang van het beschikbare kader plaatsgevonden ten opzichte van vorige jaren. Grote delen van zorg zijn overgeheveld naar andere domeinen (Zvw, jeugdzorg en gemeente). Daarnaast zijn een aantal maatregelen genomen, die invloed hebben op de benutting van de contracteerruimte. De belangrijkste wijzigingen zijn:

1. de effecten van het beleid om cliënten langer thuis te laten wonen;
2. de middelen die beschikbaar gesteld zijn voor de Wlz-indiceerbaren;
3. de toevoeging van de middelen voor het overgangsrecht Wlz.

Wanneer we kijken naar de financiële effecten van het langer thuis wonen, dan kijken we naar de uitstroom van de lage ZZP's. VWS gaat er in het beschikbare kader vanuit dat in 2015 de ZZP's V&V1 en V&V2 in de V&V volledig worden afgebouwd. De verwachting is dat deze volledige afbouw niet in 2015 wordt gerealiseerd. De afbouw in de VG verloopt in eerste instantie sneller dan verwacht, maar dit heeft nog een veel beperkter financieel effect. Per saldo zorgt deze maatregel voor een extra druk op de beschikbare Contracteerruimte. In plaats van een besparing van € 319 miljoen, zal eerder een besparing van circa € 207 miljoen worden bepaald.

Voor de Wlz-indiceerbaren zijn volgens onze berekeningen teveel middelen toegevoegd aan het zorg in natura-kader. Een voorspelling doen over de toevoeging van het overgangsrecht is niet goed mogelijk. Op basis van de eerste berekening lijkt de toevoeging voldoende en blijven zelfs middelen over, maar pas in de loop van het jaar wordt duidelijk welke keuzes cliënten maken. Daarnaast is de toevoeging gebaseerd op cliëntenaantallen 2013 en zien we in 2014 ook een stijging van vooral de hoge ZZP's.

Bij de indicatiegegevens zien we een grote stijging van indicaties in het laatste kwartaal van 2014. Bij de verdeling van de groeiruimte en herverdelingsmiddelen is hier geen rekening mee gehouden. De grote groei in de hogere ZZP's lijkt af te vlakken, zelfs wanneer de laatste maanden van 2014 meegenomen worden. Bij met name V&V5, VG3 en VG 6 zien we nog een groei, die we niet op basis van demografische ontwikkelingen kunnen verklaren. De groei kan volgens ons worden opgevangen met de beschikbaar gestelde groeiruimte en de ingezette 'herverdelingsmiddelen'.

Op landelijk niveau verwachten wij dat het beschikbare kader voor zorginkoop voldoende is. Voor de hogere ZZP's zijn voldoende middelen beschikbaar. Een krapte wordt veroorzaakt door de afbouw van de lage V&V's-ZZP's, maar dit wordt gecompenseerd door een overschot op de middelen voor de Wlz-indiceerbaren en het overgangsrecht.

Ook zien we duidelijk regionale verschillen in de verwachte benutting van het regionale kader. Deze verschillen komen onder andere tot stand door de verdelingssystematiek bij GGZ-B, het aan het begin van het jaar verdelen van de herverdelingsmiddelen waarbij geen rekening wordt gehouden met de afgegeven indicaties in 2015, de verdeling van de middelen voor de Wlz-indiceerbaren en de ontwikkelingen in de zorgvraag.

Voor sommige zorgkantoren zal dit betekenen dat de contracteerruimte bij voortgezet beleid onvoldoende is. Wel bestaat hier bij verschillende zorgkantoren nog de mogelijkheid om via zorginkoop op de prijs een overschrijding van het kader te voorkomen. In de overeengekomen prijzen zien wij namelijk aanzienlijke verschillen.

PGB kader
De ruimte beschikbaar voor het PGB is onvoldoende in 2015. We verwachten een tekort voor (bijna) alle zorgkantoorregio's.
Deze conclusies trekken we op basis van de ontwikkeling in de indicaties, de uitwerking van de belangrijkste wijzigingen in het kader ten opzichte van 2014 en de informatie die ontvangen hebben van de zorgkantoren.

Bij aanvang van het jaar werd het kader beschikbaar voor PGB al overschreden. Deze overschrijding wordt deels veroorzaakt door een te lage vaststelling van het initiële bedrag en deels door een te lage toevoeging voor de Wlz-indiceerbaren. Hiervoor heeft VWS lopende het jaar € 120 miljoen aan het kader toegevoegd. Op basis van de overzichten van de zorgkantoren is deze toevoeging onvoldoende. In het PGB zien we een vergelijkbare ontwikkeling als bij contracteerruimte ZIN. Bij het PGB zien we ook in de aantallen een sterke stijging. De grootste stijging wordt veroorzaakt door een toename van de PGB's bij de hoge ZZP's. De totale procentuele stijging bij het PGB is groter dan de stijging bij zorg in natura. Op basis van de indicatieontwikkeling zien we dat het PGB stijgt in populariteit.

De mogelijkheid bestaat om middelen over te hevelen tussen ZIN en PGB. Voor de meeste zorgkantoren zal dit geen optie zijn vanwege de krapte bij ZIN. Voor sommige zorgkantoren bestaat deze mogelijkheid wel. De Wlz is dit jaar voor het eerst van toepassing en brengt nog grote onzekerheden met zich mee. De data waarop wij ons advies baseren zijn nog onvolledig en ook bij zorgkantoren zal vaak nog onvoldoende informatie beschikbaar zijn om de precieze uitputting van het ZIN-kader te kunnen benoemen en om vervolgens in een vroeg stadium middelen over te hevelen naar het PGB-kader. Daarnaast is het van belang in hoeverre er een schuif van ZIN naar PGB plaats vindt in 2015.

Advies

Landelijk is de beschikbare contracteerruimte naar verwachting krap, maar voldoende.

Wel zien we dat in een aantal regio's wel tekorten kunnen ontstaan. Dit komt onder andere door de scheve verdeling van de groeiruimte en de herverdelingsmiddelen. Dit kan worden opgelost door de zorgkantoren door middel van het over hevelen van het ene zorgkantoor naar het andere zorgkantoor. We verwachten dat ZN dit oppakt en in overleg met de zorgkantoren komt tot de noodzakelijke overhevelingen.

Zorgkantoren hebben zich, in samenhang van het eerder beschikbaar komen van de herverdelingsmiddelen, aan het begin van het jaar ook gecommiteert om middelen over te hevelen naar zorgkantoren met tekorten indien middelen beschikbaar zijn. In bijlage 7 staat de regionale herverdeling volgens de NZa opgenomen.
Daarnaast adviseren we het overgangsrecht goed te blijven monitoren, omdat er op dit moment beperkte informatie is over het aantal cliënten dat beroep doet op de Wlz.

We concluderen dat het huidige PGB-kader in 2015 onvoldoende is. We verwachten dat de contracteerruimte niet toereikend is om dit tekort te compenseren. Voor 2015 zien we daarom overhevelen tussen het ZIN kader en het PGB niet als enige oplossing..

We adviseren u om voor 2015 aanvullend middelen beschikbaar te stellen voor het PGB-kader. Het noodzakelijk bedrag voor PGB is in 2015 door ons op dit moment niet te voorspellen. We vinden het belangrijk dat op korte termijn voldoende middelen beschikbaar zijn voor het PGB. We adviseren daarom € 80 miljoen toe te voegen aan het PGB-kader.
We verwachten dat dit bedrag voor de komende maanden voldoende moet zijn. Door deze ophoging wordt een overschrijding van de subsidieplafonds op korte termijn voorkomen.

Tot slot

We vinden het verder belangrijk dat voor 2016 de herverdelingsmiddelen niet al worden verdeeld bij aanvang van het jaar. Het risico bestaat dat net als in 2015 deze middelen terecht komen bij regio's die deze middelen niet nodig hebben. Om tot een zo goed mogelijke verdeling van het kader te komen, adviseren wij de herverdelingsmiddelen pas beschikbaar te stellen na het advies budgettair kader 2016.

Voor het kader 2016 willen we u ook wijzen op de langzamere uitstroom van de lage ZZP's. Volgens de aannames voor deze uitstroom in het kader zijn de lagere ZZP's (V&V1 en V&V2) volledig uitgestroomd eind 2015. We verwachten dat dit zeker nog niet het geval is. Bij de berekening van het beschikbare kader 2016 en verder zal hier rekening mee gehouden moeten worden. In het kader 2016 zult u ook rekening moeten houden met het aandeel cliënten dat onder het overgangsrecht valt en de keuze maakt om de zorg onder de Wlz af te nemen.

Net als in voorgaande jaren zijn er regionale verschillen in de benutting van de contracteerruimte. Momenteel onderzoekt de NZa de mogelijkheden voor een nieuw verdeelmodel voor 2016 en verder. Met een nieuw verdeelmodel kan mogelijk gekomen worden tot een rechtvaardigere verdeling en kunnen de inkoopinspanningen van zorgkantoren beter vergeleken worden.

De verwachting is dat voor het jaar 2015 met inzet van bovenstaande oplossingen de beschikbare kaders voor de langdurige zorg voldoende zijn. Uiteraard zullen we dit blijven monitoren en bij een melding van een knelpunt u direct hiervan op de hoogte stellen.

Wij zien uw reactie op dit advies graag tegemoet, zodat wij zo spoedig mogelijk de eventuele aanpassingen in de (regionale) kaders kunnen verwerken.

1. Inleiding

In dit advies kijken we naar de verwachte benutting van het budgettair kader Wlz 2015. Anders dan in voorgaande jaren kijken we niet alleen naar de contracteerruimte ZIN, maar kijken we ook naar het beschikbare kader voor het PGB.
Met ingang van 2015 is de NZa ook verantwoordelijk voor de verdeling van de PGB-middelen en kunnen deze middelen overgeheveld worden tussen de regionale kaders contracteerruimte ZIN en de regionale PGB-kaders.

In hoofdstuk 2 van dit advies kijken we naar de invoering van de Wlz en benoemen we de belangrijkste wijzigingen die met deze invoering gepaard zijn gegaan. Uit dit hoofdstuk kan worden afgeleid wat de invoering van de Wlz betekent voor dit advies.

In hoofdstuk 3 komt de opbouw van het budgettair kader 2015 aan de orde. Hier wordt aandacht besteed aan de wijzigingen ten opzichte van het kader in 2014. Dit hoofdstuk wordt gebruikt om te kijken wat de belangrijkste wijzigingen zijn die een effect hebben op de benutting van het kader en wat het startpunt is voor 2015.

In hoofdstuk 4 kijken we allereerst terug naar de productieafspraken 2014 (1e en 2e budgetronde) en 2015 (1e budgetronde) in relatie tot de dan beschikbare contracteerruimte ZIN. In dit hoofdstuk wordt gekeken of de beginstand 2015 voldoende is voor de zittende cliënten.
Hierbij wordt ook aandacht besteed aan de regionale onder- en overproductie. Tevens wordt kort aandacht besteed aan de individueel aangepaste hulpmiddelen.

In hoofdstuk 5 bekijken we in hoeverre de ontwikkelingen van de aanspraken op zorg aansluiten bij het budgettair kader 2015. Hierbij baseren we ons op informatie van het CIZ. Aan de hand van deze informatie maken we een inschatting van de groei in de regionale indicaties. Aan de hand van deze groei bekijken we de mate waarin deze aanspraken binnen de beschikbaar gestelde ruimtes passen.

In het beschikbare kader zijn echter ook verschillende wijzigingen van toepassing zoals besproken in hoofdstuk 3. In hoofdstuk 6 wordt extra aandacht besteed aan de belangrijkste wijzigingen, namelijk de uitstroom van lage ZZP's, het kader voor de hoge ZZP's, het overgangsrecht en de Wlz-indiceerbaren. Ook deze wijzigingen hebben een belangrijke invloed op de toereikendheid van het beschikbare kader in 2015.

In de voorgaande hoofdstukken hebben we voornamelijk gekeken of de landelijke kaders voldoende zijn. In hoofdstuk 7 kijken we vervolgens naar de verdeling van de contracteerruimte ZIN over de regio's. Hierbij wordt onder andere specifiek gekeken naar de verdeling van de wijziging met betrekking tot GGZ-B, de Wlz-indiceerbaren en de verdeling van de groeiruimte. Hier kijken we voor specifieke onderwerpen naar de verwachte benutting in de regionale contracteerruimte ZIN.

Naast de beleidsmatige- en indicatieontwikkeling heeft ook de zorginkoop een sterke invloed op de benutting van de contracteerruimte ZIN. In hoofdstuk 8 wordt aandacht besteed aan ontwikkelingen in de zorginkoop. De zorginkoop tussen zorgaanbieders en zorgkantoren bepaalt in hoeverre de contracteerruimte ZIN jaarlijks wordt benut. De NZa heeft hier in maart 2015 over gepubliceerd middels de quickscan zorginkoop langdurige zorg 2013-2015. In dit hoofdstuk wordt gekeken naar de opvallendste punten uit deze quickscan in relatie tot de bevindingen in dit advies.

Nieuw in het advies is hoofdstuk 9 over het PGB. In dit hoofdstuk worden eerst de wijzigingen in het PGB ten opzichte van voorgaande jaren toegelicht. Daarna wordt gekeken naar de (verwachte) benutting van het PGB-kader. Dit kader is een apart kader binnen de Wlz. Wel bestaat de mogelijkheid om middelen van het PGB-kader over te hevelen naar het ZIN kader en visa versa, waardoor ook naar de totale benutting binnen kaders gekeken moet worden.

Op basis van de informatie over de bovenstaande onderwerpen adviseren we ten slotte in hoofdstuk 10 over de toereikendheid van het budgettair kader Wlz 2015.

2. Wijzigingen Wet langdurige zorg

In het regeerakkoord “Bruggen slaan" dat op 29 oktober 2012 is gepubliceerd, is aangekondigd dat het kabinet in de langdurige zorg een omslag wil maken naar meer maatwerk, meer zorg in de buurt en meer samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders. Daarnaast is ook de omslag naar houdbaar financierde voorzieningen van belang, zodat ook latere generaties er gebruik van kunnen maken.[1]
Om dit te bewerkstellingen zijn met ingang van 1 januari 2015 een aantal wetten aangepast. Hierdoor hebben de volgende veranderingen plaatsgevonden:
− overheveling van de extramurale behandeling van zintuigelijke gehandicapten naar de Zvw;
− overheveling van de extramurale verpleging en persoonlijke verzorging naar de Zvw;
− overheveling van de extramurale begeleiding naar de Wmo;
− overhevelingen van de GGZ-C (beschermd wonen voor mensen met een psychiatrische aandoening) pakketten naar de gemeenten;
− overheveling van de jeugdzorg naar gemeenten.

Gemeenten hebben hierdoor een belangrijke rol gekregen bij de ondersteuning van mensen in hun zelfredzaamheid, maatschappelijke participatie en zo lang mogelijk zelfstandig thuis blijven wonen. Voor degenen die geen regie meer kunnen voeren over hun eigen leven en bij wie permanent toezicht nodig is, blijft er recht op zorg onder de Wlz.

De zorg in de Wet langdurige zorg richt zich op mensen met een blijvende somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking en mensen met een blijvende verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke handicap.

2.1 Aanleiding van de hervormingen

In de memorie van toelichting bij de Wlz[2] worden drie motieven genoemd om het stelsel van langdurige zorg te herzien:

1. het verbeteren van de kwaliteit van ondersteuning en zorg,
2. het vergroten van de betrokkenheid van de samenleving (meer voor elkaar zorgen)
3. de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg.

Het budgettair beslag is in de afgelopen decennia sterk gestegen van € 275 miljoen in 1968 naar ruim € 27 miljard in 2013. De belangrijkste oorzaak hiervan is dat in de loop van de jaren de AWBZ steeds verder is uitgebreid. Door de hervormingen wordt een structurele verlaging van de uitgaven bewerkstelligd.

[1] Rutte, Samsom (2012), Bruggen slaan, regeerakkoord VVD-PvdA, 29 oktober 2012. Kamerstukken II 2012/13, 33410, nr. 15.
[2] Zie: http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2014/03/10/memorie-van-toelichting-wet-langdurige-zorg.html

2.2 Budgettair kader Wlz ten opzichte van contracteerruimte AWBZ

De Wlz kent een aantal grote wijzigingen ten opzichte van de AWBZ. De juridische positie van het CIZ is bijvoorbeeld gewijzigd. Ook de toegangscriteria voor de Wlz zijn gewijzigd. Om in aanmerking te komen voor de Wlz heeft een cliënt permanent toezicht nodig ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel of 24 uur per dag zorg in de nabijheid.

Wat niet is veranderd, is de uitvoeringspraktijk van de zorginkoop voor zorg in natura (ZIN). Onder de Wlz wordt gewerkt wordt met budgettaire kaders per regio en dus ook met regionale uitvoeringskantoren. Deze regionale uitvoerders worden zorgkantoren genoemd. In de praktijk zullen cliënten en zorgaanbieders het meeste te maken krijgen met de zorgkantoren, die het feitelijke werk doen en niet met de Wlz-uitvoerders die achter de schermen verantwoordelijk zijn. Voor de uitvoering van het PGB is de verantwoordelijkheid bij de zorgkantoren belegd.

Vaststelling kader
Tot 2015 werd de contracteerruimte AWBZ door de NZa vastgesteld op basis van de door de Minister in een aanwijzing opgenomen rekenregels. Een verschil met de AWBZ is dat de Minister het macro budgettair kader Wlz voortaan zelf vaststelt. De NZa blijft het macrokader vanaf 2015 verdelen over de regionale uitvoeringskantoren voor zowel de middelen die behoren tot de contracteerruimte ZIN als de middelen die beschikbaar zijn voor het PGB.

Deze aanpassing heeft consequenties voor de systematiek van de verdeling van het landelijk kader over de regio's . Voorheen werd de verdeling van de contracteerruimte ZIN voor het jaar t+1, in augustus van het jaar t bekend gemaakt op basis van de productieafspraken uit de eerste ronde voor het jaar t, aangevuld met de onbenutte middelen. In het jaar t+1 werd deze verdeling nog bijgesteld op basis van de herschikkingsafspraken van het jaar t. In de nieuwe situatie stelt de Minister van VWS eenmalig het macrokader vast en vindt er geen bijstelling van de verdeling plaats. Voor het jaar 2015 is de verdeling van de contracteerruimte ZIN daarom gebaseerd op de herschikkingsafspraken van het jaar 2013. Hierbij is rekening gehouden met de wijzigingen op dit kader in 2014.

Opnemen van PGB in het kader
Anders dan in de AWBZ is in het vastgestelde budgettair kader Wlz ook het PGB opgenomen. Binnen het totale budgettair kader van de Wlz zijn twee deelkaders gecreëerd: een contracteerruimte ZIN en een kader voor het PGB. Door het opnemen van het PGB in het totale kader, is er meer flexibiliteit voor zorgkantoren ontstaan. Afhankelijk van het beroep dat op beide leveringsvormen wordt gedaan, kan gedurende het jaar tussen deze twee kaders worden geschoven. Hierbij is het zowel mogelijk om van de contracteerruimte ZIN te schuiven naar het kader PGB als andersom. De mogelijkheid voor zorgkantoren om onderling ZIN middelen over te hevelen is tevens gehandhaafd.

De financiering van het PGB verandert met de komst van de Wlz. Budgethouders ontvangen geen budget meer vooraf op hun eigen rekening om zorgaanbieders te betalen. In plaats daarvan is er met ingang van 1 januari 2015 sprake van het "trekkingsrecht". Dit betekent dat budgethouders met ingang van 1 januari 2015 achteraf hun zorgnota's indienen bij de Sociale Verzekeringsbank (SVB). De SVB beheert het budget en betaalt de zorgnota's die de budgethouders indienen.

3. Opbouw Wlz kader 2015

In dit hoofdstuk beschrijven we de opbouw van het budgettair kader Wlz 2015. Er wordt ingegaan op de wijzigingen ten opzichte van het kader 2014 en gekeken naar wat het startpunt is voor 2015. Daarnaast worden beleidsmaatregelen kort genoemd. De effecten van de belangrijkste maatregelen komen in de volgende hoofdstukken aan de orde.

De Staatssecretaris van VWS heeft het budgettair kader Wlz voor 2015 vastgesteld op € 17.785 miljoen. Dit bedrag is als volgt opgebouwd:
a. De contracteerruimte ZIN betreft € 16.505 miljoen;
b. Het beschikbare bedrag voor PGB's betreft € 1.280 miljoen. In eerste instantie was er een bedrag van €1.160 miljoen beschikbaar voor het PGB. Bij aanvang van 2015 bleek een tekort te zijn en naar aanleiding daarvan is het PGB-kader verhoogd met € 120 miljoen.

Het budgettair kader Wlz 2015 is gebaseerd op de contracteerruimte ZIN 2014 en de maximaal beschikbare middelen voor het PGB 2014. Er zijn groeimiddelen aan de contracteerruimte ZIN toegevoegd en er heeft een indexering plaatsgevonden. Ook zijn er diverse beleidsmaatregelen in de contracteerruimte verwerkt. Naast het budgettair kader is € 5 miljoen specifiek geoormerkt voor innovatie (zie brief van 3 november 2014 met kenmerk 665790-126273-LZ)

De NZa heeft de contracteerruimte 2015 voor zorg in natura verdeeld over de regionale Wlz-uitvoerders en het beschikbare bedrag voor PGB over de zorgkantoren.

- De verdeling van de contracteerruimte ZIN over de regionale Wlz-uitvoerders in de hoedanigheid van zorgkantoor is gedaan op basis van de procedure die is beschreven in artikel 5 van de beleidsregel Budgettair kader Wlz 2015 (CA-BR-1502a). In de berekening zijn de productieafspraken 2013 (prijspeil 2015) als uitgangspunt genomen. Alleen de prestaties waarvoor onder de Wlz een aanspraak bestaat zijn in deze berekening meegenomen. Een exacte beschrijving hiervan is te vinden in het overzicht 'Prestatiecodes AWBZ -Verdeling naar wettelijke kaders' van VWS van 22 juli 2014 dat beschikbaar is op www.nza.nl.[3] Hierin is per prestatie het aandeel opgenomen dat tot de aanspraak Wlz behoort. Het aandeel van een prestatie dat overblijft in de Wlz is verdeeld over de regio's naar rato van de productieafspraken 2013.
- Het beschikbare bedrag voor het PGB is over de zorgkantoren verdeeld op basis van artikel 49e Wmg juncto artikel 8.2 van de Regeling langdurige zorg

[3] http://www.nza.nl/95826/99630/138968/955838/Prestatiecodes_AWBZ_-_verdeling_naar_wettelijke_kaders_2015.pdf

De belangrijkste financiële wijzigingen ten opzichte van de contracteerruimte ZIN 2014 zijn de volgende:

1. Via een overgangstraject dat duurt tot 2018, worden de NHC en NIC geleidelijk binnen de contracteerruimte gebracht. Op grond van deze overgangsregeling valt in 2015 50% van de NHC en NIC onder de regionale contracteerruimten van de zorgkantoren. Dit betreft een toegevoegd bedrag van circa € 600 miljoen.
2. Vanwege het extramuraliseren van de zorg voor nieuwe cliënten in de lage ZZP's (V&V1 tot en met V&V3, VG1 en VG2) is een bedrag van € 510 miljoen op de contracteerruimte ZIN in mindering gebracht.
3. Er is een bedrag van € 40 miljoen in mindering gebracht op de beleidsregelwaarden van de zorgzwaartepakketten (ZZP's en bijhorende basisprestaties) als gevolg van een oploop in de taakstelling.
4. De contracteerruimte is met € 30 miljoen verlaagd, omdat een efficiëntere inkoop van zorg mogelijk is.
5. De contracteerruimte is met € 9 miljoen verlaagd vanwege de verschuiving van middelen tussen Zvw en AWBZ in het kader van ambulantiseren van de geestelijke gezondheidszorg in 2014.
6. Er is een bedrag van € 31 miljoen in mindering gebracht op de contracteerruimte vanwege de gewijzigde indexeringssystematiek en het op prijspeil 2015 brengen van het Wlz-kader.
7. De contracteerruimte is met € 165 miljoen verhoogd vanwege het onder het overgangsrecht brengen van ongeveer 14.000 cliënten met een extramurale indicatie die voldoen aan het Wlz-profiel (Wlz-indiceerbaren).
8. Er is een bedrag van € 670 miljoen aan de contracteerruimte toegevoegd in verband met het overgangsrecht voor intramuraal geïndiceerde cliënten die in 2014 extramurale zorg in natura ontvingen.
9. Er is een bedrag van € 81 miljoen aan het de contracteerruimte toegevoegd als extra manoeuvreerruimte in verband met het beleid om mensen langer thuis te laten wonen. Hiervan is € 31 miljoen incidenteel beschikbaar en € 50 miljoen structureel.
10. Ten slotte is net als in voorgaande jaren een bedrag aan de contracteerruimte toegevoegd voor de groei van de aanspraken op zorg en de bijhorende productieafspraken. Dit bedrag bestaat uit groeiruimte (€ 140 miljoen) en herverdelingsmiddelen (€ 66 miljoen). Deze middelen zijn in december 2014 verdeeld over de zorgkantoorregio's op basis van intramurale indicatiegegevens van het CIZ. Voorheen werden de herverdelingsmiddelen later in het jaar verdeeld. In hoofdstuk 7 van dit advies gaan we verder in op de inzet van de herverdelingsmiddelen in 2015.

3.*1 Cijfermatige weergave contracteerruimte 2015*

Tabel 3.1 laat de huidige opbouw van de contracteerruimte 2015 zien. De basis contracteerruimte 2015 bedraagt € 16.003 miljoen. Hierop is € 620 miljoen aan beleidsmaatregelen in mindering gebracht. Daarnaast is er € 982 miljoen aan beleidsmaatregelen, € 140 miljoen groeiruimte en € 66 miljoen herverdelingsmiddelen toegevoegd. De totale contracteerruimte ZIN 2015 bedraagt daarmee circa € 16,5 miljard. Dit is vanwege de invoering Wlz fors lager dan in 2014 (€ 22,7 miljard). Samen met het kader PGB van € 1.280 miljoen bedraagt het totale budgettair kader Wlz bijna € 17,8 miljard.

Tabel 3.1 Opbouw contracteerruimte ZIN 2015 (x € 1 miljoen)

Opbouw van contracteerruimte ZIN 2015	Effect	Totaal
Basis-contracteerruimte 2015 exclusief geoormerkte middelen		16.003
Af: € 510 miljoen vanwege het extramuraliseren van de zorg voor nieuwe cliënten in de lage ZZP's (VV1 tot en met VV3; VG1 en VG2)	-/- 510	
Af: € 40 miljoen vanwege een korting op alle maximumtarieven van de ZZP's en bijbehorende basisprestaties	-/- 40	
Af: € 30 miljoen vanwege efficiëntere zorginkoop	-/- 30	
Af: € 9 miljoen vanwege mogelijkheid middelen te verschuiven tussen de Zvw en AWBZ in 2014 in kader van de ggz	-/- 9	
Af: 31 miljoen vanwege het op prijspeil 2015 brengen van het Wlz-kader	-/- 31	
Totale verlagingen		-/- 620
Bij: € 165 miljoen vanwege overgangsrecht 14.000 Wlz-indiceerbaren	+/+ 165	
Bij: € 670 miljoen in verband met het overgangsrecht voor intramuraal geïndiceerde cliënten die in 2014 extramurale zorg ontvingen	+/+ 670	
Bij: € 81 miljoen extra manoeuvreerruimte in verband met het beleid mensen langer thuis te laten wonen	+/+ 81	
Totale verhogingen		+/+ 916
Groeiruimte		+/+ 140
Herverdelingsmiddelen		+/+ 66
Totale contracteerruimte 2015		**16.505**
Kader PGB		**1.280**
Budgettair kader Wlz 2015		**17.785**

Naast de contracteerruimte als bedoeld in artikel 5 van de beleidsregel Budgettair kader Wlz 2015, zijn er geoormerkte middelen voor innovatie beschikbaar.
Voor de bekostiging van innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties is landelijk € 5 miljoen beschikbaar (zie Beleidsregel Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties).

Tussenconclusie:
Voor 2015 is aan de landelijke contracteerruimte een groeiruimte van € 140 miljoen en herverdelingsmiddelen van € 66 miljoen toegevoegd. De totale beschikbare contracteerruimte ZIN 2015 bedraagt hierdoor circa € 16,5 miljard. Samen met het kader PGB van € 1.280 miljoen bedraagt het totale budgettair kader Wlz bijna € 17,8 miljard.

4. Landelijk beeld contracteerruimte 2014 en 2015

In dit hoofdstuk wordt een beeld gegeven van de benutting van de contracteerruimte 2014 en de contracteerruimte 2015. De eindstand van de contracteerruimte van het voorgaand jaar (gegevens na de herschikkingsronde) is normaal gesproken de basis voor ons advies over de toereikendheid van de contracteerruimte voor het lopende jaar. Door de invoering van de Wlz hebben er echter grote veranderingen plaatsgevonden. Het is de vraag of door de veranderingen dezelfde conclusie kan worden getrokken op basis van de eindstand van het voorgaande jaar.

In de komende hoofdstukken zal verder worden gekeken naar deze wijzigingen. Daarbij zal onder andere worden gekeken naar de ontwikkeling van de aanspraken (nieuwe cliënten en zorgverzwaring), de uitstroom van de lage ZZP's en het overgangsrecht. Deze hoofdstukken zullen betrokken worden bij de conclusie over het kader 2015.

4.1 Landelijk beeld contracteerruimte ZIN algemeen

Tabel 4.1 laat de onbenutte middelen in de eerste en tweede budgetronde van 2012 tot en met 2014 en de eerste budgetronde van 2015 op landelijk niveau zien. De tweede budgetronde 2015 heeft nog niet plaatsgevonden.

Tabel 4.1 Onbenutte middelen (x € 1 miljoen)

Jaar	Hoogte contracteer-Ruimte	Onbenutte middelen 1e budget-ronde	Onbenutte middelen 2e budget-Ronde
2012	21.729[4]	1.893[5]	88[3]
2013	21.550[6]	1.348[3]	178[7]
2014	22.728[8]	1.400[3]	262[9]
2015	16.505[10]	729[7]	-

Bron: NZa

[4] Ontleend aan Advies Contracteerruimte van mei 2014. Het bedrag van de contracteerruimte 2012 is inclusief de benutte middelen uit de margeregeling.
[5] Ontleend aan Advies Contracteerruimte van mei 2014.
[6] Ontleend aan Advies Contracteerruimte van mei 2014. Het bedrag van de contracteerruimte 2013 is inclusief de overhevelingen vanuit de geoormerkte middelen voor ZZP'ers.
[7] Ontleend aan Advies Contracteerruimte van mei 2014. Het bedrag van de onbenutte middelen 2014 na de 2e budgetronde is incl. de verrekening met het overschrijding op de geoormerkte middelen voor ADL en Meerzorg.
[8] Peildatum 3 december 2014 (verwerking Herschikking 2014).
[9] Peildatum 3 december 2014 (verwerking Herschikking 2014). Het bedrag van de contracteerruimte 2014 is inclusief de overhevelingen naar de geoormerkte middelen voor Ketenzorg en ZZP'ers.
[10] Peildatum 28 januari 2015 (verwerking Budget 2015).

Opvallend is dat de onbenutte middelen na de tweede budgetronde de afgelopen jaren toenemen (0,4% in 2012, 0,9% in 2013 en 1,2% in 2014). De toename komt onder andere door de zorginkoop van de zorgkantoren, het ontbreken van de margeregeling en andere effecten van beleidsmaatregelen.

4.2 Landelijk beeld contracteerruimte 2014

In 2014 zijn de productieafspraken binnen de contracteerruimte gebleven. Er is een bedrag van ruim € 262 miljoen van de niet geoormerkte contracteerruimte onbenut gebleven. De onbenutte middelen 2014 betreffen 1,2% van de beschikbare contracteerruimte (€ 22,7 miljard). Dit is een toename ten opzichte van eerdere jaren. Zorgkantoren zijn in 2014 geen knelpuntenprocedures gestart en we hebben geen signalen ontvangen dat wachtlijsten boven de treeknorm zijn gegroeid.

Van de 11 concessiehouders hebben 9 concessiehouders meer dan 0,1% van hun regionale contracteerruimte niet benut in 2014. Vijf concessiehouders hebben zelfs meer dan 1% onbenut.
Tabel 4.2 laat de onbenutte middelen per concessiehouder over de jaren 2012 tot en met 2014 zien.

Tabel 4.2 Onbenutte middelen (in %) per concessiehouder

Concessiehouder	Percentage onbenut		
	2012	2013	2014
Achmea	0,0	0,1	0,4
Agis	0,0	0,3	0,3
CZ	1,8	2,1	2,7
De Friesland	0,0	0,2	0,0
Menzis	0,0	0,3	0,8
Salland	0,0	0,0	1,4
Univé	0,1	0,9	0,2
VGZ	0,2	1,4	1,7
DSW	0,0	0,0	0,0
Trias	0,3	0,7	1,8
Zorg en Zekerheid	0,0	1,3	1,1
Landelijk	***0,4***	***0,9***	***1,2***

Bron: NZa

Uit bovenstaande tabel blijkt dat de jaarlijks onbenutte middelen de afgelopen jaren gestegen zijn. Bij 8 van de 11 concessiehouders nemen de onbenutte middelen jaarlijks toe.

In een overleg met de zorgkantoren zijn de volgende mogelijke oorzaken benoemd van de toename van de onbenutte middelen 2014:
- er heeft een strakkere sturing op de inkoop van onder andere de extramurale zorg plaatsgevonden;
- er is scherper op de prijs onderhandeld;
- de afbouw van de lage ZZP's is volgens zorgkantoren harder gegaan dan de vooraf opgestelde ramingen;
- de herverdelingsmiddelen zijn nauwelijks ingezet, omdat ze volgens de zorgkantoren te laat beschikbaar kwamen.

4.3 Landelijk beeld budgettair kader 2015 (ZIN en PGB)

In Tabel 4.1 is een overzicht gegeven van de beschikbare middelen en de nog resterende middelen na de eerste budgetronde 2015. Het gaat hier om de middelen die alleen bij de budgetrondes kunnen worden aangevraagd.

De productieafspraken van de eerste budgetronde voor 2015 zijn verwerkt. Van de beschikbare contracteerruimte 2015 is nog 4,4% (€ 729 miljoen) onbenut gebleven. In 2014 was na de eerste budgetronde 6,2% (€ 1,4 miljard) onbenut. Met de nog onbenutte middelen kunnen de zorgkantoren gedurende het jaar flexibel inspelen op de zorgvraagontwikkeling.

In de eerste ronde van 2015 is een relatief groter gedeelte van de contracteerruimte benut dan in vorige jaren het geval is.
Dit is te verklaren doordat er in 2015 door de invoering van de Wlz voornamelijk intramurale zorg binnen het kader over gebleven is. Voorgaande jaren was het beeld dat een groot gedeelte van de onbenutte middelen uit de eerste ronde ingezet werden voor extramurale zorg in de tweede ronde. Deze trend zal vanwege de overhevelingen van de extramurale zorg naar de WMO, Jeugdwet en de Zvw minder van toepassing zijn in 2015.

Voor de intramurale zorg lijkt het percentage (4,4%) onbenut wellicht aan de hoge kant. Dit komt voor een groot deel door de Wlz-indiceerbaren. In de eerste ronde zijn nog maar beperkt productieafspraken gemaakt voor deze cliënten. In de tweede ronde (november 2015) zullen deze productieafspraken volledig worden gemaakt.

In 2015 is het maximale beschikbare bedrag voor PGB's vastgesteld op € 1.280 miljoen.[11] Dit is het totale financiële kader dat beschikbaar is voor zorgkantoren voor de verlening van PGB's. Dit kader is vastgesteld door het Ministerie van VWS en is in 2015 door de NZa op basis van de Regeling langdurige zorg verdeeld over de zorgkantoren. De benutting van het PGB zal worden besproken in hoofdstuk 9.

4.4 Landelijk beeld over- en onderproductie (2012, 2013)

Op grond van de eerste en tweede budgetronde bepalen we per jaar voor iedere zorgaanbieder wat de maximaal door de NZa gehonoreerde productieafspraak van dat jaar is.

Als de realisatie van een zorgaanbieder bij de nacalculatie lager is dan de productieafspraak, is sprake van onderproductie. Als de realisatie van een zorgaanbieder bij de nacalculatie hoger is dan de productieafspraak, is sprake van overproductie. Overproductie wordt niet vergoed.

Tabel 4.3 geeft de landelijke onder- en overproductie weer voor de jaren 2012 en 2013. Van deze jaren is de nacalculatie afgerond. De nacalculaties over 2014 en 2015 hebben nog niet plaatsgevonden. De cijfers van de over- en onderproductie zijn daarom voor deze jaren nog niet bekend.

---

[11] Op basis van brief VWS van 8 december 2014 met als kenmerk 696846-130451-LZ en de Regeling langdurige zorg

Tabel 4.3 Onder- en overproductie en aandeel van de contracteerruimte

Jaar	Onderproductie (x € 1 miljoen)	Overproductie (x € 1 miljoen)	Onderproductie t.o.v. Contracteerruimte (%)	Overproductie t.o.v. Contracteerruimte (%)
2012	176[12]	64[8]	0,8	0,3
2013	163[8]	86[8]	0,8	0,4

Bron: NZa

In 2012 is er voor € 176 miljoen minder gerealiseerd dan de productieafspraken, dit is 0,8% van de totale beschikbare contracteerruimte. Dit percentage is gelijk aan het aandeel van de onderproductie in 2013.
In 2013 is € 86 miljoen van de gerealiseerde productie niet vergoed. Bij deze zorgaanbieders was de productieafspraak lager dan de daadwerkelijke realisatie. Dit betreft 0,4% van de beschikbare contracteerruimte ZIN in 2013. In 2012 was het percentage overproductie iets lager.

In tabel 4.4 is per concessiehouder weergegeven welk percentage van de contracteerruimte in 2012 en 2013 bij de nacalculatie als onder- of overproductie is aangemerkt.

Tabel 4.4 Percentage onder- en overproductie per concessiehouder van de beschikbare contracteerruimte ZIN

	Percentage t.o.v. Contracteerruimte			
Concessiehouder	Overproductie 2012	Overproductie 2013	Onderproductie 2012	Onderproducti e 2013
Achmea	0,3	0,3	0,9	1,2
Agis	0,3	0,4	1,4	1,0
CZ	0,2	0,2	0,9	0,7
De Friesland	0,2	0,1	0,7	0,9
Menzis	0,5	0,8	0,5	0,4
Salland	0,6	0,3	0,4	0,6
Univé	0,2	0,2	0,5	0,3
VGZ	0,3	0,8	0,6	0,5
DSW	0,5	0,4	0,2	0,2
Trias	0,2	0,3	0,8	0,5
Zorg en Zekerheid	0,4	0,3	0,3	0,8
Landelijk	***0,3***	***0,4***	***0,8***	***0,8***

Bron: NZa

Het aandeel over- en onderproductie van de beschikbare contracteerruimte kan jaarlijks verschillen. Er is geen duidelijke lijn te ontdekken bij de concessiehouders.

[12] Peildatum 16 december 2014 (conform gegevensaanlevering aan VWS van 2 februari 2015).

Tussenconclusie:
De onbenutte middelen zijn de afgelopen jaren gestegen. Bij 8 van de 11 concessiehouders nemen de jaarlijkse onbenutte middelen toe ten opzichte van het voorgaande jaar.
Door de diverse maatregelen en overhevelingen naar andere domeinen in 2015 zeggen de onbenutte middelen 2014, maar beperkt iets over 2015. Op basis van de eerste budgetronde 2015 is daarom geen uitspraak te doen over de omvang van de onbenutte middelen in de tweede budgetronde 2015.

Het relatieve aandeel van de onder- en overproductie blijft in de jaren 2012 en 2013 op landelijk niveau stabiel.

4.5 Individueel aangepaste hulpmiddelen en rolstoelen

Individueel aangepaste rolstoelen en overige hulpmiddelen worden vanuit de Wlz bekostigd. Deze middelen vallen niet onder de tarifering en prestatiebeschrijving van de NZa en zijn niet in het budgettair kader opgenomen. In 2015 houdt de NZa, net als in voorgaande jaren, de kostenontwikkeling en de besteding van deze hulpmiddelen bij. In 2015 is voor de aanschaf van individueel aangepaste rolstoelen en hulpmiddelen landelijk een geoormerkt bedrag van € 121 miljoen beschikbaar. In dit advies geven we voor 2015 op basis van de uitgaven in de maanden januari tot en met maart 2015 een schatting van de benutting voor het hele jaar.

Maandelijks ontvangen wij gegevens van regionale Wlz-uitvoerders over de benutting in het jaar 2015. Op basis van de cijfers over de maanden januari tot en met maart 2015 bedraagt het benutte bedrag € 32,8 miljoen. Als wij dit bedrag extrapoleren dan resulteert dit in een jaarbedrag van € 131,2 miljoen. Volgens deze prognose zou dit betekenen dat er onvoldoende middelen zijn voor 2015 om de individueel aangepaste hulpmiddelen te financieren. Daarbij moet in acht worden genomen dat deze prognose is gebaseerd op de eerste drie maanden van 2015, het beeld kan daarom nog wijzigen.[13]
Ook bestaat een specifieke groep cliënten die geriatrische revalidatiezorg ontvangen en voor het gebruik van hulpmiddelen tussen wal en schip vallen. Voor deze groep is er voor kozen om ze ook ten laste te brengen van de Wlz. Het gaat hier wel om een zeer beperkte groep, maar deze groep zal wel zorgen voor een stijging van de uitgaven.

In tabel 4.5 is een overzicht gegeven van de beschikbare en (geschatte) benutte middelen over de jaren 2013, 2014 en 2015. In 2013 zien we een overschrijding van de beschikbare middelen van € 0,9 miljoen. In 2014 is € 11,1 miljoen onbenut gebleven. Uit de prognose voor 2015 blijkt dat er, na extrapolatie van de benutting over de eerste drie maanden van het jaar, sprake is van een aanzienlijke overschrijding van het beschikbare kader. Informatie over meerdere maanden is noodzakelijk om een betere uitspraak hierover te kunnen doen. Tussen de verschillende maanden zien we namelijk een aanzienlijke fluctuatie.

[13] In het advies Contracteerruimte 2014 bleek het resultaat van de extrapolatie van de eerste twee maanden een overschatting van de daadwerkelijke uitgaven.

Tabel 4.5 Beschikbare, benutte en onbenutte middelen individueel aangepaste hulpmiddelen (x € 1 miljoen)

Jaar	Beschikbaar bedrag	Benut bedrag	Onbenut bedrag
2013	131,0	131,9	-0,9
2014	136,0[14]	124,9	11,1
2015	121,0	131,2[15]	-10,2

Bron: NZa

Tussenconclusie:
Op basis van de cijfers over de maanden januari tot en met maart 2015 zal het bedrag van € 121 miljoen onvoldoende zijn om de aanvragen voor individueel aangepaste hulpmiddelen bij de zorgkantoren in 2015 op te kunnen vangen.

Extrapolatie van het benutte bedrag over de eerste drie maanden van 2015 leidt tot een prognose op jaarbasis van € 131,2 miljoen. Dit betekent een aanzienlijke overschrijding van het beschikbare kader van € 121 miljoen.

[14] In de informatie-uitvraag 2013 en 2014 is aandacht besteed aan de individueel aangepaste hulpmiddelen behorende bij de indicaties voor de geriatrische revalidatiezorg (ZZP-9a). Van het voor 2014 beschikbare geoormerkte bedrag van € 136 miljoen heeft € 15 miljoen betrekking op de geriatrische revalidatiezorg (Zvw). Het geoormerkte bedrag voor het jaar 2015 is hiermee verlaagd. Voor het jaar 2015 bedragen de geoormerkte middelen € 121 miljoen.

[15] Voor 2015 is de extrapolatie van de cijfers gebaseerd op de gegevens over de maanden januari, februari en maart 2015.

5. Ontwikkeling aanspraak op zorg in 2014 en 2015 in relatie tot het budgettair kader

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk bespreken we de ontwikkeling van de afgegeven indicaties (leveringsvormen ZIN en PGB) voor zorg in de jaren 2012 tot en met 2014 die in 2015 onder de Wlz valt. Deze indicaties geven een beeld over de groei van de aanspraak op Wlz-zorg. De ontwikkelingen in de groei zijn een indicator om te bepalen of de beschikbare contracteerruimte in 2015 voldoende zal zijn. Daarnaast hebben we de indicatieontwikkeling 2013 en 2014 gebruikt bij de verdeling van de groeimiddelen 2015 (zie paragraaf 5.4 en 7.3).

Vanaf het jaar 2015 verdeelt de NZa het beschikbare bedrag voor PGB over de zorgkantoren op bassi van artikel 49e Wmg juncto artikel 8.2 van de Regeling langdurige zorg. De informatie zoals in dit hoofdstuk gepresenteerd wordt ook gebruikt om te bepalen of het vastgestelde kader voor PGB’s voor 2015 voldoende is. In hoofdstuk 9 wordt hier verder op ingegaan.

In paragraaf 5.2 gaan we in op de uitgangspunten die voor de analyse naar de ontwikkelingen in de aanspraak op Wlz-zorg van toepassing zijn. Vervolgens wordt in paragraaf 5.3 een algemeen beeld gegeven van de ontwikkeling van de Wlz-indicaties met leveringsvorm ZIN. In paragraaf 5.4 bekijken wij in hoeverre de toegevoegde groeiruimte inclusief herverdelingsmiddelen toereikend zijn gegeven deze indicatieontwikkeling. In paragraaf 5.5 volgt het algemene beeld van de ontwikkeling van de Wlz-indicaties met de leveringsvorm PGB.

5.2 Uitgangspunten analyses

Voor de analyse van de ontwikkeling van de aanspraken op zorg maken we gebruik van de indicaties met de leveringsvormen ZIN en PGB. De gegevens over de indicatieontwikkeling ontvangen wij van het CIZ. Deze gegevens geven een beeld van de aanspraak op Wlz-zorg op een specifiek peilmoment. De indicatie vormt de toegang tot de meeste Wlz-zorg. Het CIZ beoordeelt of een cliënt recht heeft op Wlz-zorg en stelt het indicatiebesluit vast.

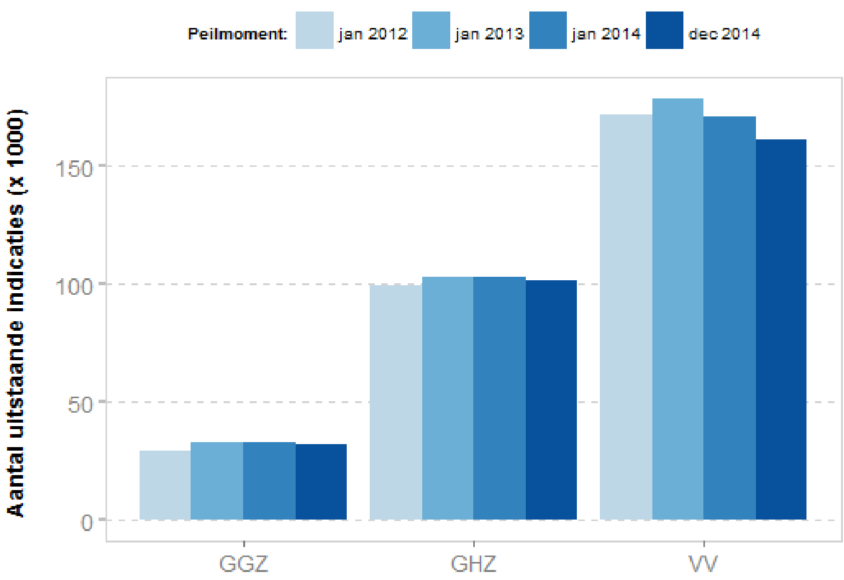
De aanspraak op zorg hoeft niet altijd gelijk te zijn aan de werkelijk geleverde zorg. Het indicatiebesluit is in de praktijk namelijk niet altijd gelijk aan de zorg die een cliënt daadwerkelijk ontvangt. Daarnaast worden niet alle afgegeven indicaties (direct) in zorg omgezet (verzilverd). Daarnaast is goed om op te merken dat een cliënt bij de indicatiestelling kan aangeven dat hij of zij de indicatie middels een PGB wil invullen. De cliënt kan hier echter ook later in het proces voor kiezen, dit kan later voor een verschuiving tussen ZIN en PGB zorgen.

De peilmomenten die we hebben gebruikt (en ten tijde van dit advies beschikbaar zijn) zijn: 1 januari 2012, 1 januari 2013, 1 januari 2014, 1 juli 2014, 1 oktober 2014 en 31 december 2014. Daarnaast hebben we de zorgaanspraken omgezet naar een financiële waarde door de indicaties te vermenigvuldigen met de bijbehorende beleidsregelwaarden.[16]

5.3 Algemeen beeld uitstaande indicaties ZIN

Per 1 januari 2012 zijn er in totaal circa 300.000 uitstaande indicaties. In 2013 is dit aantal hoger, namelijk circa 315.000. Op 31 december 2014 zijn de uitstaande intramurale indicaties gedaald naar ongeveer 295.000. In figuur 5.1 is te zien dat het aantal uitstaande indicaties in de langdurige GGZ en de GHZ in de jaren 2012 tot en met 2014 nagenoeg constant is gebleven. Voor de V&V is het aantal uitstaande indicaties in de periode tussen begin 2013 en eind 2014 afgenomen.

Figuur 5.1 Verdeling intramurale zorgaanspraak ZIN per sector (aantallen) 2012 - 2014



Bron: CIZ, bewerking NZa

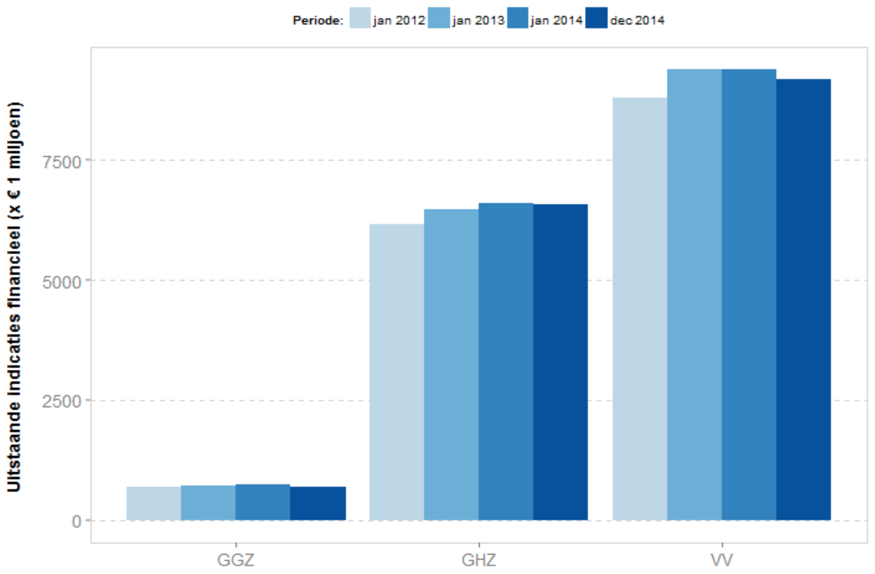
De GHZ laten we hier zien als één sector. De GHZ bestaat uit meerdere deelsectoren (VG, LG, ZG, LVG en SGLVG) die afzonderlijk een ander beeld laten zien; in bijlage 2 is bijvoorbeeld te zien dat het aantal LG indicaties afneemt terwijl het aantal VG indicaties is toegenomen.

In figuur 5.2 is de financiële waarde van de indicaties weergegeven. We zien dat de financiële waarde van de V&V indicaties minder sterk is gedaald dan het aantal. Dit betekent dat de daling voornamelijk zit in de lagere ZZP's (financieel goedkoper). Voor de GHZ lijkt dit in mindere mate ook het geval.

---

[16] De beleidsregelwaarden zijn met het volume gewogen gemiddeld om het onderscheid weg te nemen tussen ZZP's met of zonder behandeling of dagbesteding.

Figuur 5.2 Verdeling intramurale zorgaanspraak per sector (financieel) 2012 - 2014 ZIN



Bron: CIZ, bewerking NZa

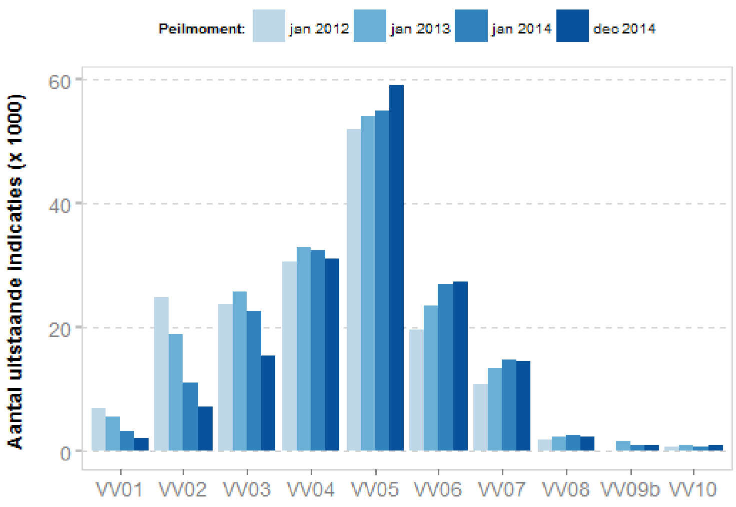
In de volgende paragrafen wordt per sector ingezoomd op de afzonderlijke ontwikkelingen per prestatie.

5.3.1 Ontwikkeling aantal indicaties per sector ZIN

5.3.1.1 V&V

In figuur 5.3 is de ontwikkeling te zien van het aantal uitstaande indicaties in de V&V. Op 1 januari 2012 hadden ongeveer 171.000 cliënten een V&V indicatie, dit is afgenomen tot circa 161.000 op 31 december 2014. In figuur 5.3 is de ontwikkeling van het aantal indicaties per V&V ZZP weergegeven.

Figuur 5.3 Aantal uitstaande indicaties per V&V ZZP 2012-2014 ZIN



Bron: CIZ, bewerking NZa

Over het algemeen zien we vanaf 2013 een daling van het aantal lage ZZP indicaties (V&V1 t/m V&V3). Dit past bij het beleid om mensen langer thuis te laten wonen. Bij de hogere ZZP's zien we juist een stijging. Deze lijkt echter wel af te vlakken in 2015 met uitzondering van V&V5 waar de stijging het laatste jaar het sterkst is. De stijging is dus vooral te zien bij de ZZP's die vallen onder de Wlz en dus onder de beschikbare contracteerruimte, terwijl op totaal niveau sprake is van een lichte daling.

In 2014 staat tegenover de toename van de hogere V&V indicaties financieel gezien (deels) de uitstroom van de lagere V&V indicaties. Dit is de reden dat de uitstroom die we zien bij de aantallen niet synchroon loopt met de financiële daling zoals weergegeven.

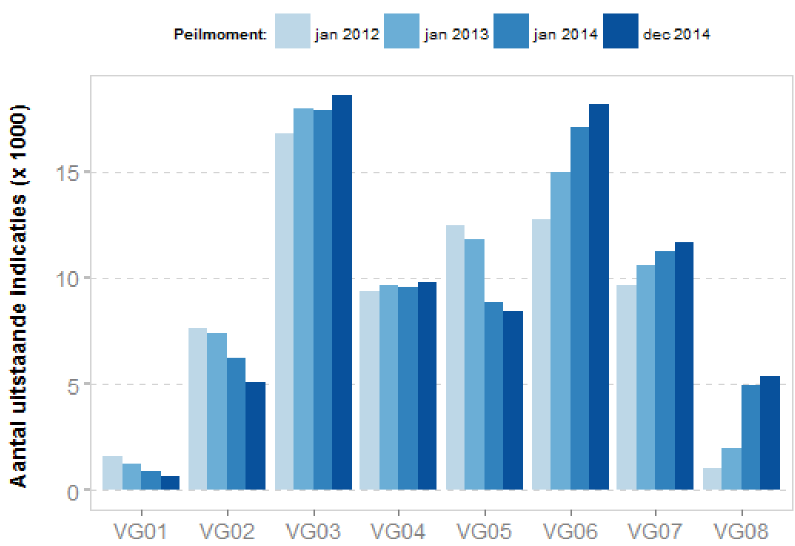
5.3.1.2 GHZ (VG en LG)

In deze paragraaf zoomen we in op het aantal indicaties in de grootste deelsectoren van de GHZ, de VG en LG. De overige sectoren binnen de GHZ (LVG, SGLVG en ZG) zijn weergegeven in bijlage 2.

Verstandelijke gehandicapten (VG)
In figuur 5.4 is de ontwikkeling te zien van het aantal uitstaande indicaties voor de VG ZZP'S. Op 1 januari 2012 hadden ongeveer 71.000 cliënten een VG indicatie, dit is opgelopen tot bijna 78.000 op 31 december 2014.

Bij VG1 en VG2 zien we, net als bij de lage ZZP's in de V&V, in de periode 2012 tot en met 2014 een daling van het aantal uitstaande indicaties. Dit past eveneens bij het beleid om cliënten langer thuis te laten wonen. Bij VG3, VG6 en VG7 zien we in de periode 2012 tot en met 2014 een stijging van het aantal intramurale indicaties.

Figuur 5.4 Aantal uitstaande indicaties per GHZ VG prestatie 2012-2014 ZIN



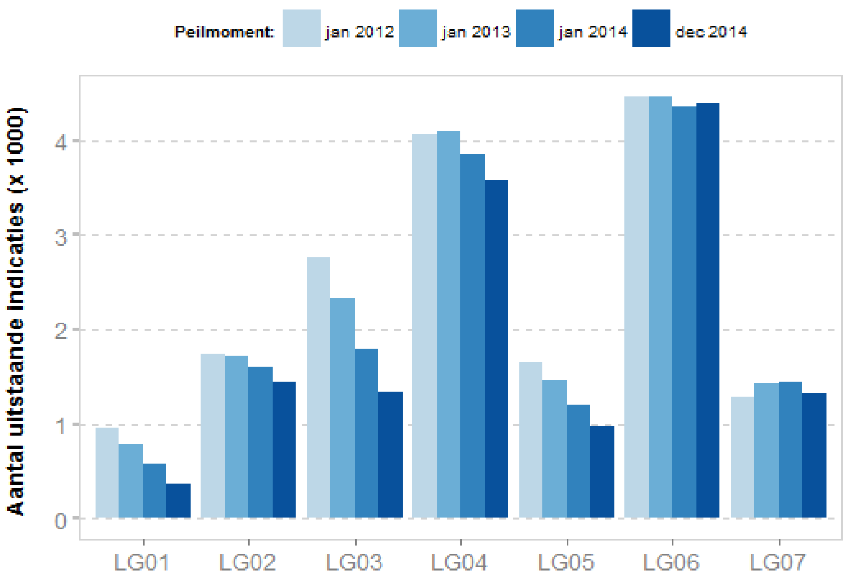
Bron: CIZ, bewerking NZa

De daling bij VG5 en de stijging bij VG8 heeft te maken met het uitsplitsen van VG5 in 2011 naar VG5 en VG8. Samengenomen is het totaal aantal cliënten in de groep VG5 en VG8 in de periode 2012 tot en met 2014 ongeveer constant gebleven.

Lichamelijk gehandicapten (LG)
In figuur 5.5 is de ontwikkeling te zien van het aantal uitstaande indicaties voor de LG ZZP'S. Op 1 januari 2012 hadden ongeveer 17.000 cliënten een LG indicatie, dit is afgenomen tot ruim 13.000 op 31 december 2014.

Ten opzichte van 2013 nemen de uitstaande intramurale LG indicaties af. De daling van het aantal intramurale LG indicaties is een voortzettende trend uit eerdere jaren. Een uitzondering hierop vormt de LG6, de indicaties voor deze groep zijn licht toegenomen ten opzichte van 2013.

Figuur 5.5 Aantal uitstaande indicaties per GHZ LG prestatie 2012-2014 ZIN

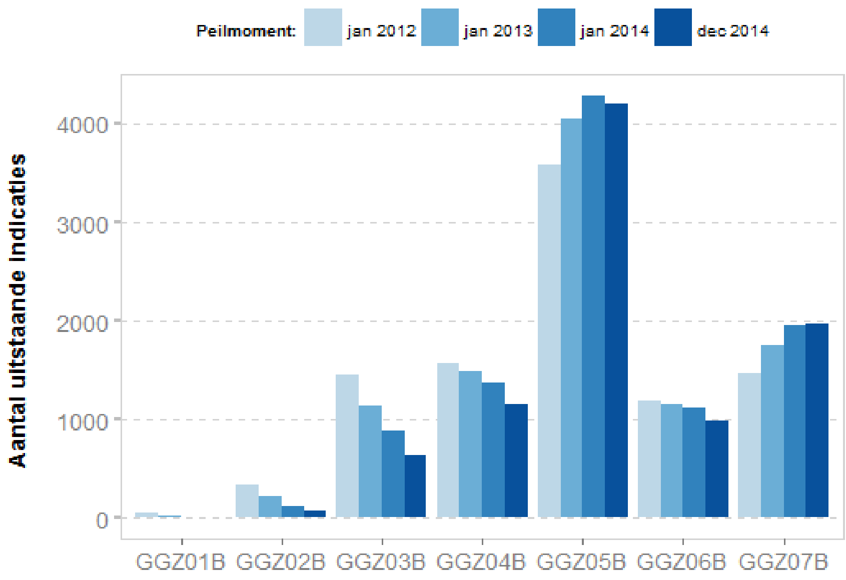


Bron: CIZ, bewerking NZa

5.3.1.3 GGZ-b

In figuur 5.6 is de ontwikkeling te zien van het aantal uitstaande indicaties voor GGZ-b. Op 1 januari 2012 hadden bijna 10.000 cliënten een GGZ-b indicatie, dit is afgenomen tot ongeveer 9.000 op 31 december 2014.

Figuur 5.6 Aantal uitstaande indicaties per GGZ-b prestatie 2012-2014 ZIN



Bron: CIZ, bewerking NZa

Voor GGZ-b 1 tot en met 4 en GGZ-b 6 neemt het aantal uitstaande indicaties vanaf 2012 tot en met 2014 af. Wat opvalt is dat de trend bij GGZ-b 6 niet aansluit bij GGZ-b 5 en 7, maar eerder bij GGZ-b 4. Dit komt omdat de psychiatrische problematiek van cliënten met een GGZ-b 6 indicatie overeenkomt met die van cliënten met een GGZ-b 4 indicatie. Voor GGZ-b 5 is een daling van het aantal indicaties met ingang van 2014 te zien. Het is goed om hier op te merken dat de ontwikkeling voor GGZ-b indicaties niet geheel los valt te zien van de ontwikkeling van GGZ-c indicaties, de laatste groep blijft buiten beschouwing omdat deze niet onder de Wlz valt.

5.4 Groeimiddelen 2015

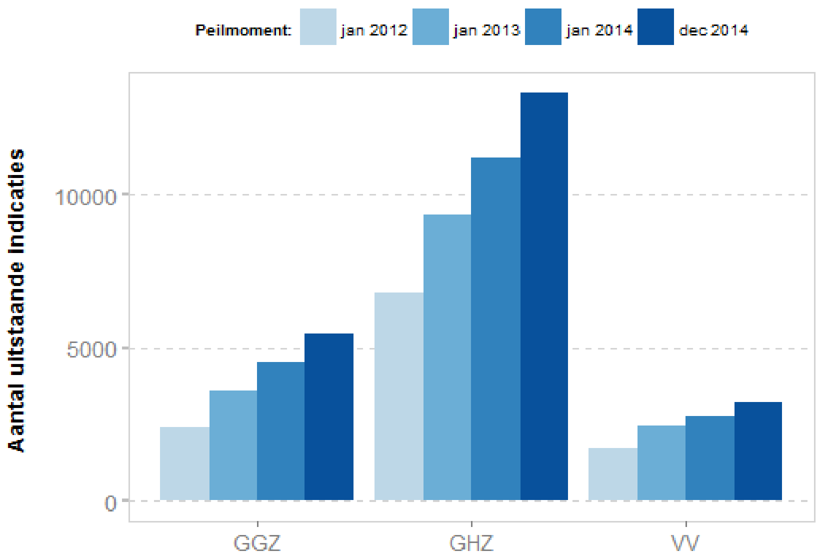
Deze paragraaf gaat over de toereikendheid van de toegevoegde groeimiddelen (inclusief herverdelingsmiddelen) aan de contracteerruimte ZIN 2015 ten opzichte van de groei in indicaties.. De verdeling van deze middelen naar zorgkantoorregio's bespreken we in paragraaf 7.3.

Voor 2015 is € 206 miljoen groeiruimte (inclusief herverdelingsmiddelen) beschikbaar. Tussen de peilmomenten 1 januari 2014 en 31 december 2014 zien we financieel gezien een groei van € 225 miljoen. Deze groei is berekend op basis van beleidsregelwaarden, wanneer we de gemiddelde inkoopkorting (4,0% - Quickscan zorginkoop langdurige zorg) die zorgkantoren hanteren meenemen komt dit uit op € 216 miljoen. Hierbij moet in acht worden genomen dat niet alle cliënten in zorg zijn en de werkelijke groei in 2015 nog niet bekend is. Het lijkt er daarom dat de toegevoegde groeimiddelen bij benadering aansluiten bij de werkelijke groei als de groei voor 2015 overeenkomt met het voorgaande jaar.

5.5 Algemeen beeld uitstaande indicaties PGB

In deze paragraaf kijken we naar de indicatieontwikkeling met de leveringsvorm PGB. In figuur 5.7 is te zien dat het aantal uitstaande indicaties met de leveringsvorm PGB in de langdurige GGZ, de GHZ en de V&V in de jaren 2012 tot en met 2014 is toegenomen.

Figuur 5.7 Verdeling intramurale zorgaanspraak PGB per sector (aantallen) 2012 - 2014



Bron: CIZ, bewerking NZa

Per 1 januari 2012 zijn er in totaal bijna 11.000 uitstaande indicaties. In 2013 is dit aantal hoger, namelijk ruim 15.000. Op 31 december 2014 zijn er circa 22.000 uitstaande intramurale indicaties voor zorg met een PGB. Dit is een grotere stijging dan we zien bij zorg in natura.

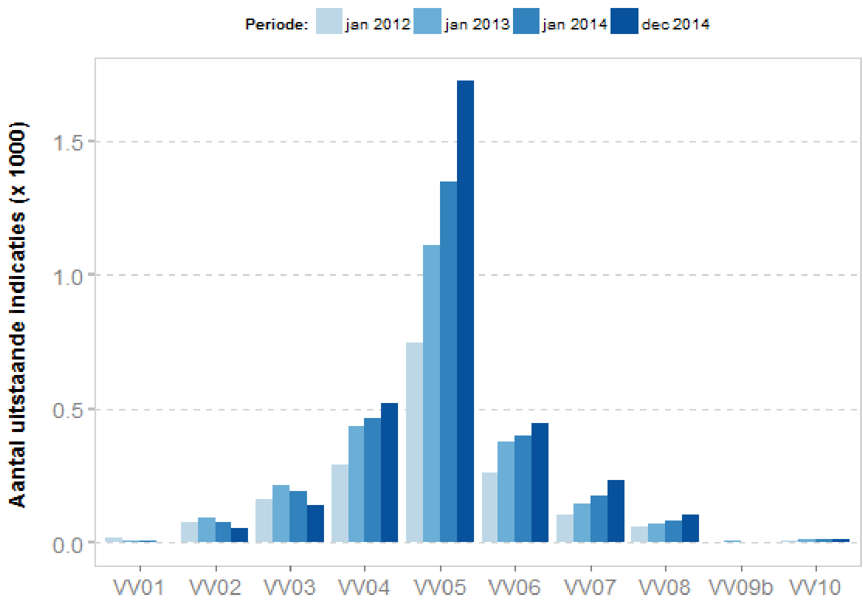
In de volgende paragrafen wordt per sector ingezoomd op de afzonderlijke ontwikkelingen per prestatie. In bijlage 2 is een figuur conform figuur 5.8 weergegeven waarbij de GHZ is uitgesplitst in de onderliggende deelsectoren.

5.5.1 Ontwikkeling aantal indicaties per ZZP-groep PGB

5.5.1.1 V&V

In figuur 5.8 is de ontwikkeling te zien van het aantal uitstaande indicaties in de V&V met een PGB. Op 1 januari 2012 hadden ruim 1.700 cliënten een V&V indicatie, dit is toegenomen tot meer dan 3.200 op 31 december 2014.

Figuur 5.8 Aantal uitstaande indicaties per V&V prestatie 2012-2014 PGB



Bron: CIZ, bewerking NZa

Vanaf 2014 zien we hier een daling van het aantal lage ZZP indicaties (V&V1 t/m V&V3). Dit strookt met het beleid dat is ingezet waarbij voor de lage V&V ZZP's geen nieuwe indicaties worden afgegeven. Een soortgelijke daling zien we vanaf 2013 bij de lage ZZP indicaties (V&V1 t/m V&V3) bij ZIN. Bij de hogere ZZP's (V&V4 tot en met V&V8) is in de periode 2012 tot en met 2014 een stijging te zien. Dit sluit aan bij de ontwikkeling van de ZZP's V&V5 tot en met V&V7 ZIN.

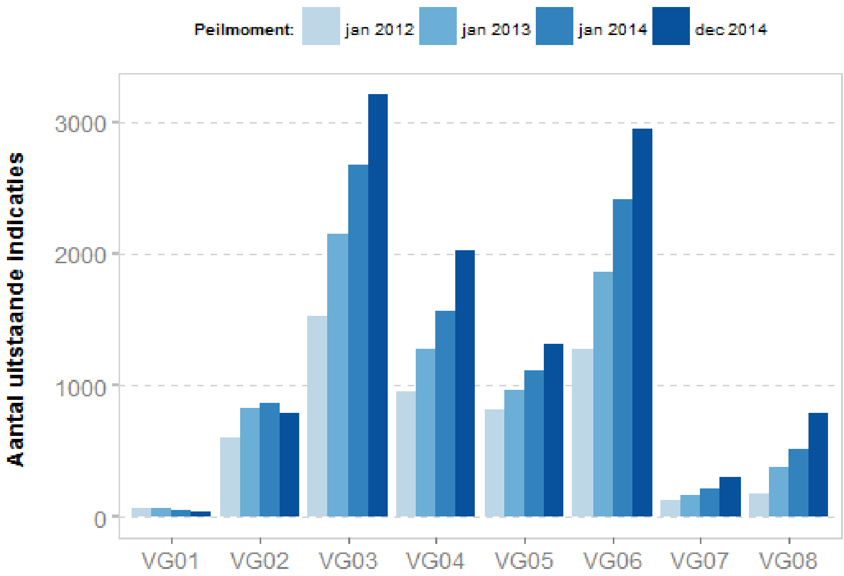
De toename van de financiële waarde van V&V-indicaties in de periode 2012 tot en met 2014 is toe te schrijven aan de sterke toename van de hoge V&V ZZP's, met name V&V5. Dit zijn de ZZP's die in 2015 vallen onder de Wlz. Deze stijging zien we zowel de PGB's als bij zorg in natura.

5.5.1.2 GHZ (VG en LG)

In deze paragraaf zoomen we in op het aantal indicaties in de grootste deelsectoren van de GHZ, de VG en LG. De overige sectoren binnen de GHZ (LVG, SGLVG en ZG) zijn weergegeven in bijlage 2. In de figuren 5.9 en 5.10 wordt per deelsector de ontwikkeling van de aantallen per prestatie weergegeven.

Verstandelijke gehandicapten (VG)
In figuur 5.9 is de ontwikkeling te zien van het aantal uitstaande indicaties voor de VG ZZP'S. Op 1 januari 2012 hadden meer dan 5.500 cliënten een VG indicatie, dit is meer dan verdubbeld tot circa 11.400 op 31 december 2014.
Bij de lage ZZP's VG1 en VG2 zien we, net als bij de lage ZZP's V&V, in de periode 2012 tot en met 2014 een daling van het aantal uitstaande indicaties. Dit past eveneens bij het beleid om cliënten langer thuis te laten wonen.

Figuur 5.9 Aantal uitstaande indicaties per GHZ VG prestatie 2012-2014 PGB

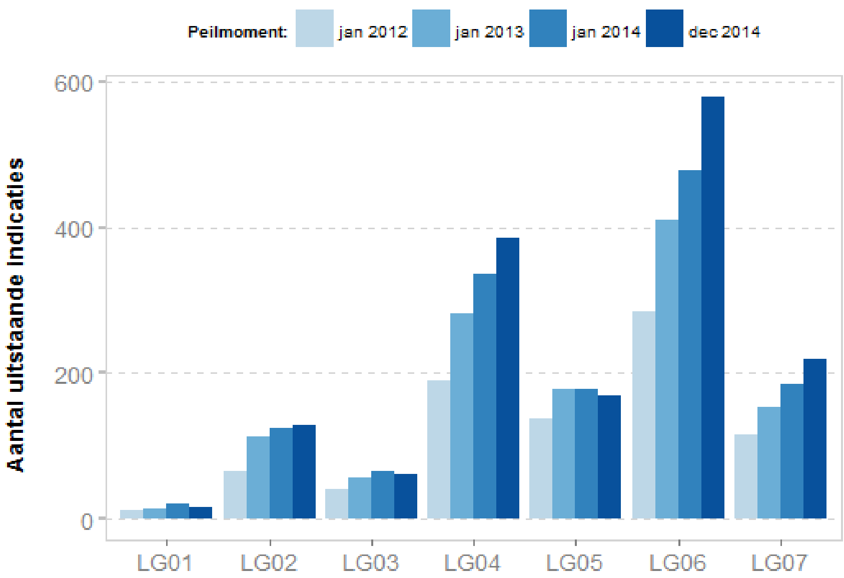


Bron: CIZ, bewerking NZa

Bij VG3 tot en met VG8 zien we in de periode 2012 tot en met 2014 een sterke stijging van het aantal intramurale indicaties. In tegenstelling tot ZIN stijgen zowel de VG5 en VG8 indicaties, dit sluit aan bij de gehele stijging van het aantal PGB indicaties waardoor het effect (splitsing VG5 en VG8) hier naar alle waarschijnlijkheid niet meer wordt waargenomen.

Lichamelijk gehandicapten (LG)
In figuur 5.10 is de ontwikkeling te zien van het aantal uitstaande indicaties voor de LG ZZP'S. Op 1 januari 2012 hadden circa 850 cliënten een LG indicatie, dit is toe genomen tot meer dan 1.500 op 31 december 2014.

Figuur 5.10 Aantal uitstaande indicaties per GHZ LG prestatie 2012-2014 PGB



Bron: CIZ, bewerking NZa

Ten opzichte van 2012 nemen de uitstaande indicaties LG2, LG4, LG6 en LG7 toe.

Tussenconclusie

Zorg in natura

Het aantal uitstaande intramurale indicaties is in de periode tussen begin 2013 en eind 2014 gedaald. Wanneer de indicaties worden omgezet naar een financiële waarde, blijkt dat de totale financiële zorgaanspraak AWBZ van eind 2014 ten opzichte van 2013 licht is gedaald. Dit wordt veroorzaakt doordat het totaal aantal indicaties in de periode 2013 tot en met 2014 is gedaald.

De uitstroom in de lage ZZP’s (V&V1 t/m V&V3 en VG1 t/m VG2) past bij de algemene trend dat cliënten steeds langer thuis blijven wonen en voor extramurale zorg kiezen. Nieuwe cliënten worden niet meer voor de lage ZZP’s geïndiceerd. De ontwikkeling van de indicatiestelling ligt dus grotendeels in de lijn der verwachting. Het aantal cliënten met een hoog V&V ZZP en VG ZZP is gestegen.

PGB

Het aantal uitstaande intramurale indicaties PGB is in de periode 2012 tot en met 2014 zeer sterk gestegen. De verwachting is dat deze trend zich in 2015 voortzet. Wanneer de indicaties worden omgezet naar een financiële waarde, blijkt dat de totale financiële zorgaanspraak AWBZ van eind 2014 ten opzichte van 2013 sterk is gestegen. Dit wordt veroorzaakt doordat het totaal aantal (hoge) indicaties in de periode 2013 tot en met 2014 sterk is toegenomen.

Evenals bij ZIN is hier ook de trend waarneembaar van uitstroom in de lage ZZP’s (V&V1 t/m V&V3 en VG1 t/m VG2). Ook bij het PGB laten de hoge V&V en VG ZZP’s qua aantal en financieel een stijging zien. De stijging in het PGB is procentueel nog sterker dan de stijging bij zorg in natura. Op basis van de indicatieontwikkeling zien we dat het PGB stijgt in populariteit.

6. Overige aandachtspunten

In dit hoofdstuk gaan we in op de belangrijkste wijzigingen in 2015 ten opzichte van 2014 met het budgettair kader voor 2015, namelijk het beleid om mensen langer thuis te laten wonen en het beschikbare kader voor de hoge ZZP's, het overgangsrecht en de Wlz-indiceerbaren. Deze wijzigingen hebben een groot effect op de hoogte van het budgettair kader en zijn sterk aan ontwikkeling onderhevig. Ook van zorgkantoren hebben we diverse signalen ontvangen over de ontwikkelingen bij deze drie aandachtsgebieden. Naast de eerder beschreven ontwikkelingen bepalen deze ontwikkelingen sterk of het beschikbare kader in 2015 voldoende is voor de bekostiging van de zorgvraag.

6.1 Uitstroom lage ZZP's

Sinds 2013 heeft VWS het beleid ingezet om mensen langer thuis te laten wonen. Vanaf dat jaar wordt het budgettair kader jaarlijks verlaagd vanwege het extramuraliseren van de zorg voor nieuwe cliënten in de 'lage' ZZP's. Vanaf 2013 worden de ZZP's V&V1 tot en met V&V3 en VG1 en VG2 niet meer geïndiceerd. In deze paragraaf wordt inzichtelijk gemaakt hoeveel cliënten er eind 2014 nog in zorg waren. Daarnaast wordt gekeken in hoeverre dit zich verhoudt tot de uitname van de financiële middelen in 2015.

6.3.1 Achtergrond
Nieuwe cliënten, die voorheen een indicatie voor bijvoorbeeld ZZP V&V1 kregen, worden vanaf 2013 geïndiceerd voor extramurale zorg.
Voor de berekening van het landelijk budgettair kader is VWS uitgegaan van een lineaire afbouw van drie jaar voor de ZZP's V&V-pakketten (V&V 1 tot en met 3) en tien jaar voor de VG-pakketten (VG 1 en 2).

Tabel 6.1 Lineaire afbouw V&V1 tot en met V&V3 en VG1 en VG2 in jan 2013–jan 2015

ZZP	Januari 2013	Januari 2014	Januari 2015
V&V1	100%	67%	33%
V&V2	100%	67%	33%
V&V3	100%	100%	67%
VG1	100%	90%	80%
VG2	100%	90%	80%

Bron: VWS

In de contracteerruimte 2015 is een korting van € 510 miljoen verwerkt vanwege het extramuraliseren van de zorg voor nieuwe cliënten in de 'lage' ZZP's. Van dit bedrag is € 110 miljoen bestemd voor de afname van de NHC/NIC-component. Deze maatregel is gebaseerd op ramingen van de afbouw van vraag gedurende een heel jaar conform tabel 6.1. Daarbij geldt dat de afbouw van capaciteit geleidelijk gedurende het jaar zal verlopen. Dit betekent dat de benodigde capaciteit aan het begin van 2015 dus hoger is dan aan het einde van 2015.

De zorgkantoren en de zorgaanbieders maken derhalve productieafspraken over een gemiddelde afname van capaciteit over het gehele jaar, terwijl het daadwerkelijk aantal mensen met een indicatie voor een lage ZZP op 1 januari 2015 nog hoger is.

In het macrokader is een extra bedrag van € 50 miljoen opgenomen voor 2015. Verder is er in 2015 incidenteel een extra bedrag van € 31 miljoen beschikbaar gesteld. Met deze genoemde extra middelen beschikken zorgkantoren volgens de Staatssecretaris over voldoende middelen om invulling te geven aan de zorgplicht aangaande deze cliënten. Dit resulteert in een maatregel van € 319 miljoen[17].

Vergelijking cliënten eind 2014 in zorg met het kader

In de eerste analyse is gekeken naar het aantal cliënten dat eind 2014 in zorg is. Dit is gedaan op basis van cijfers van het Zorginstituut Nederland . In onderstaande tabel 6.2 is dit weergegeven.

Tabel 6.2 Aantal indicaties en cliënten in zorg (V&V1 tot en met V&V3 en VG1 en VG2)

Jaar	Indicatie per 31/12/2014	Cliënten in zorg (intramuraal) 31/12/2014
V&V1	2.180	1.349
V&V2	7.779	5.092
V&V3	16.168	12.165
VG1	717	386
VG2	6.049	2.718

Bron: Zorginstituut Nederland: uitvoeringsinformatie iWlz, bewerkt en NZa

Om na te gaan welk deel van de cliënten uit moet stromen om het geraamde uitstroombedrag te halen, worden eerst de kosten bepaald die deze cliënten maken als er geen uitstroom zou zijn (het hele jaar wordt er zorg afgenomen). Vervolgens is gekeken wat de besparing kan zijn als rekening wordt gehouden met de geraamde afbouw van VWS. Dit betekent een lineaire afbouw in drie jaar voor de V&V zorgzwaartepakketten en in tien jaar voor de VG zorgzwaartepakketten (zie tabel 6.1). De V&V 1 en 2 zorgzwaartepakketten worden volgens de ramingen in 2015 helemaal afgebouwd. Omdat rekening gehouden moet worden met een afbouw gedurende het jaar, is de aanname dat het potentiële uitstroombedrag voor de helft in 2015 plaats kan vinden. De afspraken worden namelijk over een geheel jaar gemaakt, waarin de afbouw geleidelijk plaats vindt.

Wanneer we uitgaan van de ramingen van VWS, dan is de totale potentiële uitstroombedrag bijna € 207 miljoen. Dit is weergegeven in tabel 6.3. Dit bedrag is gebaseerd op basis van de aannamen die gedaan zijn, bij het vaststellen van de maatregel. De werkelijke uitstroom zal hiervan afwijken.

[17] Het bedrag van € 319 miljoen is de resultante van: € 510 miljoen korting minus € 50 miljoen structurele extra middelen en minus € 31 miljoen incidentele middelen en € 110 miljoen ten behoeve van NHC/NIC-component.

Tabel 6.3 Kosten als de cliënten in de lage ZZP's het hele jaar zorg afnemen[18]

	Dagen o.b.v. cliënten eind 2014	Prijs 2015[19]	Cliënten 2014 financieel gemaakt	Mogelijke besparingen o.b.v. geraamde afbouw
1V&V	492.385	€ 64,16	€ 31.594.000	€ 15.797.000
2V&V	1.858.580	€ 81,74	€ 151.916.000	€ 75.958.000
3V&V excl.BH	4.380.179	€ 98,98	€ 433.530.000	€ 108.383.000
3V&V incl.BH	60.046	€ 122,77	€ 7.372.000	€ 1.843.000
1VG excl.DB	107.767	€ 63,96	€ 6.893.000	€ 345.000
1VG incl.DB	33.123	€ 98,38	€ 3.259.000	€ 163.000
2VG excl.DB	720.826	€ 80,30	€ 57.883.000	€ 2.894.000
2VG incl.DB	271.244	€ 114,79	€ 31.135.000	€ 1.557.000
	7.924.150			**€ 206.939.000**

Bron: Zorginstituut Nederland: uitvoeringsinformatie iWlz, bewerkt en NZa

Bijvoorbeeld:
Voor V&V1 zijn er op 1 januari 2015 1.349 cliënten in zorg. Als deze cliënten in 2015 het hele jaar zorg afnemen (1.349 x 365 dagen = 492.385 dagen) dan zijn de kosten ongeveer € 31,6 miljoen (492.385 dagen x € 64,16). Voor V&V1 betekent dit een potentiële uitstroombedrag van ongeveer € 15,8 miljoen.

De potentiële besparing van € 207 miljoen is een stuk lager dan de maatregel van € 319 miljoen. Aanvullend moet hierbij opgemerkt worden dat de besparing van € 207 miljoen alleen gerealiseerd kan worden als de afbouw inderdaad even snel gaat als de geplande ramingen. In bovenstaande analyse is de NHC en NIC buiten beschouwing gelaten. Doordat de potentiële afbouw lager is dan geraamd, heeft dit ook effect op de besparingen die geraamd zijn voor de NHC/NIC (€ 110 miljoen).

Vergelijking productieafspraken 2015 t.o.v. 2014 met het budgettair kader

Om de korting op het budgettair kader (€ 319 miljoen) te vergelijken met de daling van de productieafspraken, is gekeken naar de productieafspraken van 2015 ten opzichte van 2014 (herschikkingsafspraken). De daling in productieafspraken 2015 ten opzichte van 2014 is vermenigvuldigd met de gemiddelde prijs, zoals deze in 2015 is afgesproken. Hierbij is er onderscheid gemaakt naar zorg die in een instelling wordt afgenomen (ZZP) en de intramurale zorg in thuissituatie, het volledig pakket thuis (VPT). De uitkomsten zijn opgenomen in tabel 6.4.

[18] De prijs is exclusief de component NHC en NIC.
[19] De prijs is de gemiddeld afgesproken prijs 2015, waarbij rekening is gehouden met het aandeel ZZP/VPT. Gerekend is met een prijs die niet is afgerond op 2 decimalen.

Uit deze analyse komt naar voren dat in de eerste budgetronde 2015 bijna € 283 miljoen bespaard is op de ZZP's V&V1 t/m V&V3, VG1 en VG2. De grootste besparing is gerealiseerd bij V&V3. Hierbij moet wel de kanttekening gemaakt worden dat het afspraken van de 1e ronde voor 2015 zijn. Bij de herschikking (november 2015) kan dit beeld nog veranderen worden door de bijgestelde productieafspraken op basis van de realisatie van het eerste gedeelte van 2015. In de praktijk stijgen de productieafspraken altijd bij de herschikking, omdat zorgkantoren in de 1e budgetronde nog geen volledige productieafspraken maken. Deze stijging is in de intramurale zorg vaak beperkt.

Tabel 6.4 Besparingen 2015 ten opzichte van 2014

	ZZP		VPT		
	Aantal	**Prijs**[20]	**Aantal**	**Prijs**	**Besparing**
1V&V	-288.400	€ 64,26	532	€ 62,30	- € 18.498.000
2V&V	- 1.005.098	€ 81,85	-3.772	€ 79,17	- € 82.563.000
3V&V excl.BH	-1.666.429	€ 99,10	24.049	€ 95,51	- € 162.851.000
3V&V incl.BH	- 30.866	€ 123,55	-1.222	€ 113,42	-€ 3.952.000
1VG excl.DB	- 20.052	€ 64,15	515	€ 61,57	-€ 1.255.000
1VG incl.DB	- 4.353	€ 98,55	1.574	€ 95,94	-€ 278.000
2VG excl.DB	-120.289	€ 80,49	7.333	€ 76,95	-€ 9.118.000
2VG incl.DB	- 38.584	€ 114,92	573	€ 111,33	-€ 4.370.000
					- € 282.886.000

Bron: NZa

De potentiële besparing op basis van de cliënten in zorg begin 2015 (€ 207 miljoen) is lager dan de daadwerkelijke afname van de financiële productieafspraken 2015 ten opzichte van 2014 (€ 283 miljoen). Hierbij moet wel de kanttekening worden gemaakt dat dit productieafspraken uit de 1e budgetronde zijn. Bij de herschikking 2015 (november 2015) kunnen nog aanvullende afspraken gemaakt worden.

Tussenconclusie paragraaf lage ZZP's:
VWS heeft het budgettair kader 2015 verlaagd met € 319 miljoen. De verwachting is dat de uitstroom geleidelijk in een jaar plaatsvindt. Op basis van deze aanname is de werkelijke verwachte besparing in 2015 € 207 miljoen.

6.2 Beschikbare kader hoge ZZP's

In het advies hebben we tot nu toe gekeken naar de contracteerruimte die beschikbaar is voor de groei van de zorgvraag en naar de uitstroom van de lage ZZP's. Het grootste deel van de uitgaven van het beschikbare kader heeft betrekking op de intramurale zorg die voor de hoge ZZP's wordt ingekocht.

[20] De prijs is de gemiddelde afgesproken prijs 2015. Gerekend is met een berekende prijs die niet is afgerond op 2 decimalen.

In deze paragraaf kijken we naar het deel van de contracteerruimte dat gebruikt kan worden om de zorg met betrekking tot de hoge ZZP's in te kopen. In onderstaande tabel is opgenomen welke ZZP's dit betreft. Dit bedrag vergelijken we met de cliënten met een indicatie voor een hoge ZZP's die begin 2015 in zorg zijn.

Tabel 6.5 Overzicht van de ZZP's onder de Wlz

	Intramurale zorg							
	V&V	Gehandicaptenzorg						GGZ
W	VV 4	VG 3	LVG1	SGLVG	LG 1	ZG-vis 1	ZG-aud 1	GGZ-B 3
l	VV 5	VG 4	LVG2		LG 2	ZG-vis 2	ZG-aud 2	GGZ-B 4
z	VV 6	VG 5	LVG3		LG 3	ZG-vis 3	ZG-aud 3	GGZ-B 5
	VV 7	VG 6	LVG4		LG 4	ZG-vis 4		GGZ-B 6
	VV 8	VG 7	LVG5		LG 5			GGZ-B 7
	VV 9	VG 8			LG 6			
	VV 10				LG 7			

Bron: NZa

Onderstaande tabel 6.6 geeft weer welk aandeel van de contracteerruimte gebaseerd is op de productieafspraken voor de hoge ZZP's en VPT, zoals deze in 2013 zijn gemaakt. Deze productieafspraken zijn vervolgens geïndexeerd naar 2015.

Sinds 2013 hebben enkele maatregelen plaatsgevonden die van toepassing zijn op de hoge ZZP's. Deze maatregelen zijn hieronder opgenomen. De NHC en NIC laten we in deze analyse buiten beschouwing. Deze zijn direct gekoppeld aan de afgesproken ZZP's. We gaan er vanuit dat als de contracteerruimte voor het ZZP voldoende is dit dan ook voor de NHC en de NIC het geval is.

Tabel 6.6 Hoge ZZP's in contracteerruimte (x € 1 miljoen) [21]

	Bedrag
Hoge ZZP's in contracteerruimte	13.360
Groeiruimte 2014	+136
Herverdelingsmiddelen	+55
Uitname GGZ-B	-68
Korting ZZP-tarieven 2014	-150
Korting ZZP-tarieven 2015	-37
Wijziging indexeringssystematiek	-26
Uitname Palliatieve zorg	-39
Inkoopkorting	-25
Resterend bedrag in contracteerruimte voor hoge ZZP's	13.206

Bron: NZa

[21] De verschillende posten hebben we toegerekend aan de hoge ZZP's op basis van het aandeel van de hoge ZZP's in de contracteerruimte.

De groeiruimte 2015 hebben we niet meegerekend, omdat we kijken naar de beginstand van 2015.

Van Zorginstituut Nederland ontvangen we informatie over de cliënten die geïndiceerd en in zorg zijn met een hoge ZZP. Voor deze paragraaf kijken we alleen naar de cliënten die de zorg ook daadwerkelijk intramuraal ontvangen. Deze cliënten drukken we vervolgens uit in een financiële waarde. We komen aan deze financiële waarden door per ZZP het aantal cliënten te vermenigvuldigen met de beleidsregelwaarden en het aantal van 365 dagen. Per ZZP staan deze gegevens opgenomen in de Bijlage 5. De cliënten die de zorg niet intramuraal ontvangen vallen onder het financiële overgangsrecht. Dit wordt besproken in de volgende paragraaf van dit hoofdstuk.

Deze vergelijking zorgt tot een totaal financiële waarde van € 13.205 miljoen. De contracteerruimte is dus voldoende om de in zorg zijnde hoge ZZP's te bekostigen. In de berekening is namelijk gerekend met de maximale beleidsregelwaarden en niet met de werkelijk afgesproken tarieven. Het is niet zo dat daadwerkelijk geld over is in het totaal van de contracteerruimte, omdat hier niet gekeken is naar de totale zorgvraag en de groei in 2015.

Tussenconclusie:
De toevoeging van de hoge ZZP's aan de contracteerruimte is voldoende om de hoge ZZP's in zorg te bekostigen.

6.3 Cliënten onder het overgangsrecht

Overgangsrecht voor cliënten met lage ZZP-indicaties
In de Wlz is een overgangsrecht geformuleerd voor intramuraal geïndiceerde cliënten met een lage ZZP, die in 2014 hun zorg thuis ontvingen via extramurale functies en klassen, of nog geen zorg ontvingen. Deze cliënten moeten in 2015 een definitieve keuze maken of zij hun zorg via de Wlz willen (blijven) ontvangen of uit één van de andere domeinen (Zvw, Wmo, Jeugdwet) willen ontvangen. Als ze een definitieve keuze maken voor de Wlz, betekent dit dat ze in een instelling opgenomen zullen moeten worden.

Wanneer cliënten kiezen om thuis te blijven of de zorg middels een PGB in te kopen, zal de bekostiging via een ander domein gaan plaatsvinden. Een keuze voor een ZZP onder de Wlz brengt kosten voor de contracteerruimte met zich mee. Deze kosten zijn hoger dan wanneer een cliënt geen keuze had hoeven maken en nog gewoon extramurale functies en klassen werden gedeclareerd of de kosten ten laste van de Wmo dan wel Zvw kwamen.

In deze paragraaf willen we bekijken of de toegevoegde middelen voor het overgangsrecht voldoende zijn. Hierbij laten we de cliënten met een PGB buiten beschouwing. We verwachten dat maar zeer beperkt cliënten zullen kiezen voor intramurale zorg in natura als deze cliënten specifiek voor het PGB hebben gekozen.

Het ministerie van VWS heeft voor het overgangsrecht niet alleen voor de cliënten met een laag ZZP die zorg zonder verblijf ontvangen middelen toegevoegd aan de contracteerruimte, maar ook voor cliënten met een hoog ZZP die in de praktijk zorg zonder verblijf ontvangen.

VWS heeft in 2014 berekend dat er in 2015 € 670 miljoen nodig is voor het overgangsrecht[22]. Voor deze berekening is gebruik gemaakt van cijfers van het CBS over indicaties zorg met verblijf waarbij de zorg wordt afgenomen via extramurale functies (peildatum december 2012). Momenteel zijn recentere cijfers beschikbaar vanuit het CBS met een peildatum van december 2013[23]. Deze cijfers laten minder cliënten zien met een ZZP-indicatie die hun zorg afnemen via extramurale functies. Hierdoor komt het verwachte bedrag van het overgangsrecht lager uit dan in eerste instantie is aangenomen. De nieuwe berekening voor 2015 komt uit op € 539 miljoen.

We geven deze berekeningen cijfermatig weer in tabellen. In tabel 6.7 staan de aantallen cliënten met een ZZP-indicatie die in 2012 en 2013 hun zorg via extramurale functies of geen zorg ontvingen. We hebben hier een uitsplitsing gemaakt naar de hoge en lage ZZP's[24].

Tabel 6.7 Aantal ZZP-geïndiceerde cliënten die niet intramuraal zorg ontvangen.

		Aantal cliënten o.b.v. CBS-cijfers 2012	Aantal cliënten o.b.v. CBS-cijfers 2013
V&V	Laag	8.930	6.445
	Hoog	16.460[25]	13.085
GHZ	Laag	2.235	2.145
	Hoog	6.130	7.350
GGZ-B		190	255
Totaal		**33.945**	**29.280**

Bron: VWS, bewerking NZa

We zien dat het aantal cliënten met een V&V ZZP-indicatie die zorg niet in een instelling ontvangen in 2013 is gedaald ten opzichte van 2012. Bij de hoge ZZP's van de GHZ zien we een toename van het aantal cliënten. Ook bij de GGZ-B geïndiceerde cliënten zien we een toename. De cijfers over de GGZ verbazen ons, aangezien GGZ-B cliënten op een enkele uitzondering na zorg met verblijf hebben.

In tabel 6.8 zijn de verwachte kosten voor het overgangsrecht 2015 opgenomen die VWS heeft berekend aan de hand van de cliëntenaantallen uit tabel 6.7. De kosten zijn berekend door per functie de aantallen cliënten te vermenigvuldigen met het gemiddeld aantal uren zorg dat wordt afgenomen en de gemiddeld afgesproken prijs voor die functie. In tabel 6.8 zijn ook een compensatiebedrag en een korting ,die VWS heeft toegepast bij de totstandkoming van dit kader, opgenomen.

[22] Rekenbestand VWS, peildatum december 2012
[23] Rekenbestand VWS, peildatum december 2013
[24] De lage ZZP's zijn V&V1 t/m V&V3, VG1 en VG2, LG 1 en LG3, ZG-Vis1 en ZG-Aud1.
[25] Hierin zijn ongeveer 3.200 cliënten met ZZP V&V9A meegerekend. Dit betreft geriatrische revalidatie, dat per 2013 onder de Zvw valt.

Tabel 6.8 Verwachte uitgaven VWS overgangsrecht bij leveringsvorm extramurale functies gedurende heel 2015 (x € 1 miljoen)

		Bedrag o.b.v. CBS-cijfers 2012	Bedrag o.b.v. CBS-cijfers 2013
V&V	Laag	118	85
	Hoog	378	323
GHZ	Laag	35	31
	Hoog	153	173
GGZ		33[26]	2[27]
Subtotaal		*717*	*614*
Indexering 2014		26	incl.
Kortingen		-/- 200	-/- 200
Compensatie		125	125
Totaal overgangsrecht		**668**	**539**
Toevoeging		670	670
Verschil		**-/- 2**	**-/- 131**

Bron: VWS, bewerking NZa

Op totaalbasis laat de herijking van de berekening (op basis van cijfers met peildatum december 2013) zien dat er voor 2015 mogelijk € 131 miljoen niet noodzakelijk is voor het overgangsrecht. Deze conclusie is echter niet op basis van alleen deze cijfers te trekken. Hieronder zal ingegaan worden op de factoren die hierbij een rol spelen.

In 2014 zien we een verdere stijging bij de hoge ZZP's GHZ en V&V.[28] Verder laten recente cijfers van het Zorginstituut Nederland[29] en de zorgkantoren[30] in 2015 hogere aantallen cliënten met respectievelijk een hoge dan wel lage ZZP-indicatie met zorg zonder verblijf zien. Daar staat tegenover dat het in de raming van VWS gaat om de kosten voor heel 2015 voor de ZZP-geïndiceerde cliënten die hun zorg afnemen via extramurale functies. Daarnaast ontvangen we van zorgkantoren signalen dat de meeste cliënten kiezen voor de WMO of Zvw. Dit duidt erop dat inderdaad te veel middelen zijn toegevoegd voor het overgangsrecht.

Cliënten maken echter in de loop van het jaar een keuze en niet allemaal pas aan het eind van 2015. Dat betekent dat sommige cliënten het hele jaar of een deel van het jaar de zorg extramuraal afnemen, terwijl cliënten die gedurende het jaar een keuze maken voor de Wlz hun zorg vanaf dat moment intramuraal ontvangen. We weten nu nog te weinig van het gedrag van deze cliëntgroepen (kiezen ze voor de Wlz of éé van de andere domeinen, en op welk moment).

Tenslotte zijn er bij de berekeningen aannames gedaan over de aantallen uren zorg per functie die cliënten afnemen. Wij hebben hier geen analyse op gedaan, omdat we nog onvoldoende informatie hebben over declaraties in 2015.

[26] Inclusief GGZ-C
[27] Exclusief GGZ-C
[28] Quickscan Zorginkoop langdurige zorg, NZa
[29] Peildatum 31 december 2014
[30] Peildatum 28 februari 2015

We vinden hierdoor dat er te veel onzekere factoren zijn om op dit moment een uitspraak te doen over de toereikendheid van het toegevoegde bedrag voor het overgangsrecht. We zullen de ontwikkelingen voor de cliëntgroepen in het overgangsrecht de komende tijd dan ook monitoren.

Tussenconclusie:
De huidige informatie vormt een te smalle basis om een definitieve conclusie te trekken of het bedrag dat voor het overgangsrecht aan de contracteerruimte ZIN is toegevoegd voldoende is. Voorlasnog lijkt het erop dat voor , de cliënten die onder het overgangsrecht vallen, te veel middelen te zijn toegevoegd aan de contracteerruimte ZIN.
De NZa zal de ontwikkelingen van deze cliëntgroepen in 2015 blijven monitoren om hier meer informatie over te kunnen ontvangen.

6.4 Wlz-indiceerbaren

Ongeveer 14.000 kinderen en volwassenen kregen in 2014 intensieve zorg op basis van extramurale AWBZ-functies en klassen. Zij hebben geen indicatie voor verblijf. Cliënten zonder indicatie voor verblijf zijn per 1 januari 2015 overgegaan naar gemeenten en zorgverzekeraars. De hierboven genoemde groep kinderen en volwassenen met intensieve zorg zonder verblijf (en dus zonder zorgzwaartepakket) heeft een zodanige zorgzwaarte dat zij vermoedelijk in aanmerking kan komen voor een Wlz-indicatie. Deze groep (Wlz-indiceerbaren) valt onder het overgangsrecht op basis van de Wlz. Deze cliënten hebben voor 1 januari 2015 moeten aangeven of zij hun zorg onder de Wlz willen (blijven) ontvangen. Voor die cliënten die hebben aangegeven onder de Wlz de zorg te willen blijven ontvangen, is de indicatie administratief omgezet naar een tijdelijke Wlz-indicatie voor extramurale zorg. In deze Wlz-indicatie staan dezelfde functies en klassen als in de oude AWBZ-indicatie. In 2015 beoordeelt het CIZ of deze cliënten vanaf 2016 in aanmerking blijven komen voor zorg uit de Wlz. Er is voor een dergelijk overgangstraject gekozen om de overgang voor de groepen mensen die als Wlz-indiceerbaar zijn aangemerkt, zo zorgvuldig (en duidelijk) als mogelijk te laten verlopen.

De groep van circa 14.000 Wlz-indiceerbaren bestond initieel uit de volgende twee (deel)groepen[31]:

1. Cliënten die te maken hebben gehad met de regeling "enige ondoelmatigheid" en waarvan het vrij zeker is dat zij zullen voldoen aan de toegangscriteria voor de Wlz. Dit betreft circa 4.000 kinderen en jongvolwassenen.
2. Cliëntengroepen die niet onder de bij punt 1 genoemde groep vallen, maar die naar alle waarschijnlijkheid toch in aanmerking kunnen komen voor de Wlz. Het betreft circa 10.000 cliënten (kinderen en volwassenen).

Aan de genoemde twee (deel)groepen van Wlz-indiceerbaren is vervolgens nog een aantal gedefinieerde groepen toegevoegd. Een nadere duiding van de groep Wlz-indiceerbaren is opgenomen in de Regeling Wlz-indiceerbaren. Na publicatie van de concept Regeling Wlz-indiceerbaren in de Staatscourant op 4 december 2014 is de groep Wlz-indiceerbaren nogmaals uitgebreid.

[31] Zoals opgenomen in de brieven 9 september 2014 (kenmerk 662746-125892-LZ) en 7 oktober 2014 (kenmerk 674240-127142-LZ) van de Staatssecretaris aan de Voorzitter van de Tweede Kamer.

Die uitbreiding is niet verwerkt in de Regeling Wlz-indiceerbaren[32], maar heeft recent zijn beslag gekregen in een aanpassing van de Regeling langdurige zorg.

Voor de hierboven bij punt 1 genoemde groep is € 161 miljoen in de contracteerruimte 2015 gebleven. Dit bedrag van € 161 miljoen is niet uitgenomen, omdat was voorzien dat deze groep[33] ondanks hun extramurale indicatie in de Wlz thuishoort.
Daarnaast is voor de bij punt 2 genoemde groep € 365 miljoen aan het budgettaire kader Wlz 2015 toegevoegd. Van deze toevoeging betreft € 165 miljoen zorg in natura en € 200 miljoen PGB. Per saldo is voor de Wlz-indiceerbaren voor zorg in natura (ZIN) in totaal een bedrag van € 326 miljoen (= € 161 miljoen + € 165 miljoen) in de contracteerruimte 2015 opgenomen.

We gaan na of het bedrag van € 326 miljoen toereikend is voor zorg in natura aan cliënten die hebben gekozen voor de Wlz. Daarnaast bekijken we of het bedrag van € 200 miljoen voldoende is voor PGB-zorg aan cliënten die hebben gekozen voor de Wlz.

In tabel 6.9 is per functie het aantal extramurale indicaties van Wlz-indiceerbaren met de leveringsvormen zorg in natura en PGB opgenomen.

Tabel 6.9 Aantal extramurale indicaties Wlz-indiceerbaren met leveringsvorm ZIN en PGB naar functies

Functie	Aantal ZIN	Aantal PGB
Persoonlijke verzorging	1.674	7.074
Verpleging	898	2.093
Begeleiding individueel	1.748	6.744
Begeleiding groep	2.914	4.443
Behandeling groep	4.448	0
Kortdurend verblijf	2.228	4.565
Totaal aantal	**13.910**	**24.919**

Bron: CIZ[34], bewerking NZa.

In de tabellen 6.10 en 6.11 hebben we de verwachte uitgaven voor de Wlz-indiceerbaren weergegeven. Hiervoor hebben we de in tabel 6.9 opgenomen extramurale indicaties financieel gemaakt door deze (op basis van de gemiddelde uren/dagdelen/dagen per functie per week[35]) te herrekenen naar een totaal aantal uren/dagdelen/dagen per functie per jaar. Het totaal aantal uren/dagdelen/dagen per functie per jaar is vervolgens vermenigvuldigd met de gemiddeld (afgesproken) prijs 2015 per functie.[36] Zowel voor de gemiddelde uren/dagdelen/dagen per functie per week als voor de gemiddeld (afgesproken) prijs 2015 per functie geldt dat hierbij een onderscheid is gemaakt tussen ZIN en PGB.

[32] De definitieve Regeling Wlz-indiceerbaren is in de Staatscourant (nr. 7653) gepubliceerd op 18 maart 2015.
[33] Dit betreft kinderen met behandeling zwaar en MCG-kinderen.
[34] CIZ-cijfers met peildatum 24 december 2014.
[35] CIZ-cijfers met peildatum 24 december 2014..
[36] Bron: NZa, peildatum 1 november 2014 en Tarieventabel 2015 Persoonsgebonden budget Wlz van Zorginstituut Nederland.

Deze hiervoor genoemde vermenigvuldiging resulteert in een totaalbedrag per functie voor 2015. Op de berekende totaalbedragen is daarna een correctiefactor van 20% voor ZIN en 10% voor PGB doorgevoerd. Deze correctiefactor betreft de verwachte besteding ten opzichte van de indicatie. De uitkomsten van deze berekening zijn opgenomen in de tabellen 6.10 en 6.11.

Tabel 6.10 Contracteerruimte en verwachte uitgaven Wlz-indiceerbaren 2015 met leveringsvorm ZIN naar functies (x € 1 miljoen)

ZIN	Bedrag	Bedrag
Contracteerruimte Wlz-indiceerbaren 2015		**326,0**
Persoonlijke verzorging	48,9	
Verpleging	20,6	
Begeleiding individueel	16,3	
Dagbesteding (begeleiding groep + behandeling groep)	193,0	
Kortdurend verblijf	2,6	
Totaal verwachte uitgaven Wlz-indiceerbaren ZIN 2015		**281,4**
Verschil		**44,6**

Bron: cijfers CIZ[37], bewerking NZa.[38]

Tabel 6.11 PGB-kader en verwachte uitgaven Wlz-indiceerbaren 2015 met leveringsvorm PGB naar functies (x € 1 miljoen)

PGB	Bedrag	Bedrag
PGB-kader Wlz-indiceerbaren 2015		**200,0**
Persoonlijke verzorging	132,4	
Verpleging	39,9	
Begeleiding individueel	54,5	
Dagbesteding (begeleiding groep + behandeling groep)	38,0	
Kortdurend verblijf	24,7	
Totaal verwachte uitgaven Wlz-indiceerbaren PGB 2015		**289,5**
Verschil		**-89,5**

Bron: CIZ[39], bewerking NZa.

De verwachte uitgaven zijn in de bovenstaande tabellen vergeleken met het bedrag dat in de contracteerruimte 2015 respectievelijk het PGB-kader 2015 is opgenomen voor Wlz-indiceerbaren.

Tijdens een consultatiebijeenkomst met de zorgkantoren kwam naar voren dat de meeste concessiehouders een tekort verwachten op de voor Wlz-indiceerbaren toegevoegde middelen. In de Menzis-regio's hebben de Wlz-indiceerbaren voornamelijk al voor de Wmo gekozen en daarom wordt daar geen tekort verwacht.

[37] CIZ-cijfers met peildatum 24 december 2014.
[38] Bron: NZa, peildatum 1 november 2014.
[39] CIZ-cijfers met peildatum 24 december 2014.

Een concessiehouder heeft tijdens deze bijeenkomst opgemerkt dat VWS met een bedrag van € 40.000 per cliënt heeft gerekend, terwijl de kosten per cliënt feitelijk € 70.000 zijn. Dit is de belangrijkste oorzaak van het te lage bedrag per regio. De veronderstelling van deze concessiehouder of dat de gemiddelde cliënt daadwerkelijk € 70.000,- kost hebben wij niet gecontroleerd. Op basis van de indicatiecijfers hebben we gekeken naar de totale kosten van de totale groep.

Als we kijken naar de afzonderlijke kaders blijkt uit bovenstaande tabellen dat het bedrag dat in de contracteerruimte 2015 voor Wlz-indiceerbaren is opgenomen, voldoende is. Het bedrag dat in het PGB-kader 2015 voor Wlz-indiceerbaren is opgenomen, is onvoldoende. Op totaalniveau is er sprake van een tekort van € 44,6 miljoen -/- € 89,5 miljoen = € 44,9 miljoen.

Tussenconclusie Wlz-indiceerbaren:
Op basis van de gegevens, die we nu beschikbaar hebben. zijn er voor de zorginkoop voor de Wlz indiceerbaren beduidend minder middelen nodig, dan het bedrag dat toegevoegd is aan de contracteerruimte. Voor PGB zijn er in tegenstelling tot ZIN te weinig middelen toegevoegd.

7. Verdeling van het kader over de regio's

Dit hoofdstuk gaat nader in op drie aspecten met betrekking tot de regionale verdeling van de contracteerruimte, namelijk de gedeeltelijke uitname van GGZ-B, de verdeling van het bedrag voor Wlz-indiceerbaren ZIN en de verdeling van de groeiruimte(inclusief herverdelingsmiddelen). Hiermee beogen we vast te stellen wat de impact op de verdeling van de contracteerruimte is als voor GGZ-B een regionale verdeelsleutel wordt gehanteerd in plaats van een landelijke verdeelsleutel en als voor de verdeling van het bedrag voor Wlz-indiceerbaren en voor de groeimiddelen (recentere) CIZ-indicatiegegevens worden gebruikt.

De reden om ons hier te richten op de uitname van GGZ-B en de Wlz-indiceerbaren is een signaal van zorgkantoren dat het landelijke percentage waarmee de uitname is gerealiseerd mogelijk niet aansluit bij de werkelijke regionale percentages.

Met betrekking tot de verdeling van de groeimiddelen is het gebruikelijk om in het mei-advies te bekijken of er herverdeeleffecten zijn wanneer uitgegaan wordt van recentere indicatiecijfers. Aangezien de herverdelingsmiddelen ook al aan het begin van 2015 zijn toebedeeld, worden deze meegenomen in deze analyse.

In paragraaf 7.1 wordt ingegaan op de verdeling van GGZ-B. In paragraaf 7.2 wordt de regionale verdeling van het bedrag voor Wlz-indiceerbaren ZIN besproken en in paragraaf 7.3 besteden we aandacht aan de verdeling van de groeiruimte inclusief herverdelingsmiddelen.

7.1 GGZ-B: regionale verschillen

In deze paragraaf willen we op één aspect van de verdeling inzoomen, namelijk de overheveling van GGZ-B. Met ingang van 2015 valt de zorg voor nieuwe cliënten met een GGZ-B-indicatie voor een periode van drie jaar onder de Zvw. Na een aaneengesloten verblijf van drie jaar valt deze zorg niet meer onder de Zvw. Cliënten gaan dan over naar de Wlz. De voorwaarde van drie jaar aaneengesloten verblijf geldt niet voor bestaande cliënten die op 31 december 2014 een geldige GGZ-B-indicatie hadden. Deze cliënten zijn per 1 januari 2015 automatisch overgegaan naar de Wlz.

Vanuit de contracteerruimte wordt met ingang van 2017 structureel 42% van het GGZ-B-kader overgeheveld naar de Zvw. Het gaat om € 247 miljoen. Voor 2015 geldt een (ingroei)percentage van 10,5% waarbij een bedrag van € 67 miljoen is overgeheveld naar de Zvw.

De uitname van GGZ-B voor 2015 is gebaseerd op de productieafspraken 2013[40] en het landelijke percentage van 10,5%. Bij de verdeling van de uitname GGZ-B hebben we gerekend met één landelijk percentage. Dit betekent dat het bedrag voor GGZ-B cliënten in iedere zorgkantoorregio met hetzelfde percentage is verminderd. Wanneer we uitgaan van regionale percentages (in plaats van één landelijk percentage) kunnen er mogelijk regionale verschillen ontstaan.

[40] Peildatum 1 november 2013.

In tabel 7.1 is weergegeven of de verdeling van de uitname GGZ-B voor deze posten anders zou zijn als regionale gegevens worden gebruikt en wat de impact is van deze andere verdeelsystematiek. Om te bekijken of het landelijk percentage voor elke regio van toepassing is, hebben we per regio bepaald welk gedeelte van de GGZ-B-cliënten de volledige (aaneengesloten) periode van 1 januari 2012 tot 1 januari 2014 een declaratie met een prestatiecode voor een GGZ-B ZZP hebben[41]. Dit betreft per regio het deel van het GGZ-B-kader dat niet wordt overgeheveld naar de Zvw. Op basis hiervan hebben we per regio bepaald welk percentage wel wordt overgeheveld en welk bedrag hier per regio mee gemoeid is. Dit resulteert per regio in het verschil tussen de uitname van GGZ-B op basis van het landelijke percentage en op basis van het regionale percentage.

Tabel 7.1 Regionale verdeling GGZ-B op concessiehouderniveau[42]

Concessiehouder	Uitname (geschaald) o.b.v. landelijk percentage (42%) (€)	Regionale percentages (%)[43]	Uitname (geschaald) o.b.v. regionale percentages (€)	Verschil methoden
Achmea	8,2	48	8,0	-0,2
Agis	13,8	33	10,3	-3,5
CZ	16,7	48	18,8	2,1
De Friesland	2,1	37	1,8	-0,3
DSW	0,9	99	2,0	1,1
Menzis	7,1	43	6,9	-0,2
Salland	1,9	32	1,4	-0,5
Trias	0,8	55	1,0	0,2
Univé	1,8	23	0,9	-0,9
VGZ	11,2	35	9,2	-2,0
Zorg en Zekerheid	3,2	100	7,3	4,1
Totaal	**67,6[44]**	**43**	**67,6**	

Bron: Vektis (Regionale percentages, berekend door NZa)

Tussenconclusie:
We zien dat het landelijke percentage van 42% niet aansluit bij de regionale percentages. Concluderend kan worden gesteld dat het verschil tussen de regionale uitname van GGZ-B op basis van het landelijke percentage varieert tussen concessiehouders van -/- € 3,5 miljoen tot + € 4,1 miljoen (o.b.v. 10,5%). Deze variatie zal gedurende het ingroeitraject nog verder toenemen.

[41] (Regionale percentages op basis van) Vektis-cijfers met peildatum 1 mei 2015.
[42] In de tabel komen afrondingsverschillen voor.
[43] (Regionale percentages op basis van) Vektis-cijfers met peildatum 1 mei 2015.
[44] Bedrag geschaald op ingroeipercentage van 10,5%.

7.2 Wlz-indiceerbaren ZIN: regionale verschillen

Nadat we in paragraaf 6.4 bekeken hebben of de in het budgettaire kader 2015 opgenomen bedragen voldoende zijn voor de zorg aan Wlz-indiceerbaren, hebben we ook gekeken naar de regionale verdeling van het in de contracteerruimte 2015 opgenomen bedrag voor Wlz-indiceerbaren ZIN van € 326 miljoen.[45] Van zorgkantoren hebben we signalen ontvangen dat deze middelen verkeerd zijn verdeeld.

Volgens de in paragraaf 6.4 beschreven systematiek hebben we de extramurale indicaties (voor Wlz-indiceerbaren ZIN) per zorgkantoor financieel gemaakt. De uitkomst van deze berekening naar concessiehouder is opgenomen in tabel 7.2.[46] In deze tabel is ook de huidige verdeling en het verschil tussen beide verdelingen opgenomen.

Tabel 7.2 Regionale verdeling Wlz-indiceerbaren ZIN op concessiehouderniveau (x € 1 miljoen)[47]

Concessiehouder	Huidige verdeling[48]	Nieuwe verdeling[49]	Verschil
Achmea	56,1	51,8	-4,3
Agis	57,1	50,9	-6,2
CZ	60,6	59,4	-1,2
De Friesland	11,9	10,8	-1,1
DSW	9,3	7,2	-2,1
Menzis	40,9	35,2	-5,7
Salland	6,0	2,6	-3,4
Trias	14,6	10,6	-4,0
Univé	9,3	7,8	-1,5
VGZ	47,1	31,6	-15,5
Zorg en Zekerheid	13,1	13,5	0,4
Totaal	**326,0**	**281,4**	**-44,6**

Bron: CIZ, NZa, bewerking NZa.

Uit bovenstaande tabel blijkt dat bij alle concessiehouders, met uitzondering van concessiehouder Zorg en Zekerheid, de verwachte uitgaven voor Wlz-indiceerbaren 2015 met leveringsvorm ZIN lager zijn dan het bedrag dat hiervoor in de contracteerruimte ZIN is opgenomen. Voor concessiehouder VGZ geldt dit in absolute zin het meest.

Tussenconclusie regionale verdeling Wlz-indiceerbaren ZIN:
Bij alle concessiehouders, met uitzondering van concessiehouder Zorg en Zekerheid, zijn de verwachte uitgaven voor Wlz-indiceerbaren 2015 met leveringsvorm ZIN lager dan het bedrag dat hiervoor in de contracteerruimte 2015 is opgenomen.

[45] Voor het PGB-kader voor Wlz-indiceerbaren (€ 200 miljoen) is het niet mogelijk om een uitspraak te doen over de regionale verdeling (van dit bedrag).
[46] In bijlage 3 is de uitkomst van deze berekening op zorgkantoorniveau opgenomen.
[47] In de tabel komen afrondingsverschillen voor.
[48] Het bedrag van € 161 miljoen dat in de contracteerruimte 2015 is gebleven, is door de NZa verdeeld op basis van zorgkantoorgrootte. Zie voor de verdeling van het aan de contracteerruimte 2015 toegevoegde bedrag van € 165 miljoen de "Verdeling budgettaire kader Wlz 2015 – december 2014" van 14 december 2014. Deze laatstgenoemde verdeling is gebaseerd op Vektis-cijfers met peildatum 10 november 2014.
[49] (Verdeling op basis van) CIZ-cijfers met peildatum 24 december 2014.

7.3 Verdeling van de groeiruimte

In het verleden werd in het advies Contracteerruimte geadviseerd over de inzet van de herverdelingsmiddelen. Voor 2015 zijn deze middelen al volledig ingezet. Deze paragraaf gaat daarom in op de huidige verdeling van de groeiruimte inclusief de herverdelingsmiddelen.

Voor de groeiruimte 2015 was € 140 miljoen beschikbaar. Bij de verdeling van de contracteerruimte 2015 in augustus 2014 is deze groeiruimte over de zorgkantoorregio's verdeeld op basis van indicatiecijfers van het CIZ. Alleen indicaties die in 2015 onder de Wlz vallen zijn betrokken bij de verdeling van de groeiruimte. Daarnaast zijn de indicaties voor lage ZZP's buiten beschouwing gelaten omdat deze het beeld van de groei in een regio verstoren. Deze ZZP's zijn/worden namelijk afgebouwd. Nieuwe cliënten kunnen geen indicatie meer krijgen voor deze (bepaalde) lage ZZP's.

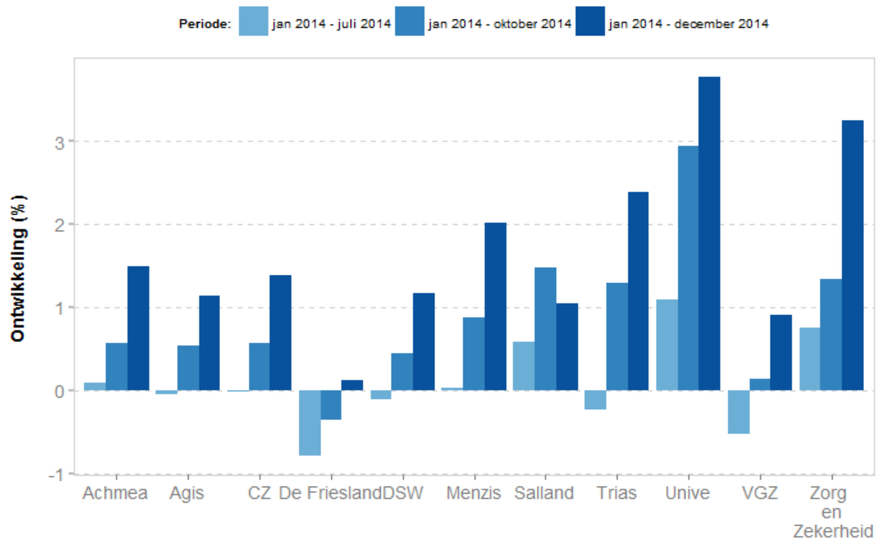
Bij de verdeling van de groeiruimte over de regio's hebben we destijds gekeken naar de ontwikkeling van de indicaties in de periode juli 2013 tot april 2014. Hieruit is gebleken dat de financiële waarde van de Wlz-indicaties in sommige zorgkantoorregio's in deze periode *niet* is gestegen. In de regio's waar wel een stijging is waargenomen, betrof de totale financiële waarde circa € 95 miljoen. In overleg met zorgkantoren en ZN is besloten om € 95 miljoen van de beschikbare groeimiddelen naar rato over de regio's waar de groei is waargenomen. De overige € 45 miljoen is verdeeld over alle regio's, naar rato van het uitstaand recht op 1 april 2014. Dit was het laatst beschikbare peilmoment voor de berekening van het budgettair kader 2015.

Ten tijde van dit advies is de indicatieontwikkeling voor heel 2014 bekend. In voorgaande jaren werd bij de verdeling van de herverdelingsmiddelen in het advies gekeken naar de groei in een heel (voorafgaand) jaar en bezien in hoeverre deze indicatieontwikkeling afweek van de ontwikkeling tussen de peilmomenten zoals gehanteerd bij de verdeling van de groeiruimte. Bij het verdelen van de herverdelingsmiddelen werd hier rekening mee gehouden zodat eventueel te weinig ontvangen groeiruimte (deels) werd gecompenseerd. Het uitgangspunt hierbij was dat de contracteerruimte van zorgkantoren nooit werd verlaagd.

In december 2014 is een update geweest van de verdeling van de contracteerruimte Wlz 2015. Bij deze update zijn de herverdelingsmiddelen (€ 66 miljoen) voor 2015 ingezet. Een groot deel hiervan (€ 51 miljoen) is ingezet om de eerder verdeelde basis-contracteerruimte te corrigeren naar aanleiding van beleidsmatige aanpassingen. De overige herverdelingsmiddelen (€ 15 miljoen) zijn verdeeld op basis van de indicatieontwikkeling op basis van de periode januari 2014 tot oktober 2014. Feitelijk betekent dit dat ongeveer € 155 miljoen van de beschikbare groeimiddelen is verdeeld op basis van de indicaties.

Voor de verdeling van de groeiruimte en de herverdelingsmiddelen is dus gebruik gemaakt van de indicatieontwikkelingen in de perioden juli 2013-april 2014 en januari 2014-oktober 2014. Als we de indicatieontwikkeling over heel 2014 hiermee vergelijken valt op dat het aantal regio's waar een daling van het aantal indicaties te zien was, is gehalveerd. In het laatste kwartaal is de financiële waarde van indicaties relatief sterk gegroeid. De mate waarin dit het geval is, verschilt per regio. Deze trend is in de meeste regio's reeds in het derde kwartaal ingezet. Dit hebben we weergegeven in figuur 7.2.

Figuur 7.2 Intramurale (ZIN) indicatieontwikkeling in 2014 per concessiehouder



Bron: CIZ, bewerking NZa

In figuur 7.2 is de intramurale indicatieontwikkeling te zien in 2014 voor drie verschillende perioden in 2014, namelijk 1 januari tot 1 juli; 1 januari tot 1 oktober en 1 januari tot- 31 december. Bij CZ zien we in de periode januari tot juli geen groei van de indicaties. De groei in 2014 is toe te schrijven aan de tweede helft van het jaar (vooral periode tot en met december). Voor de meeste andere concessiehouders geldt ook dat de indicaties vooral in de tweede helft van 2014 relatief sterk stijgen, waarbij het zwaartepunt wisselt tussen het derde en vierde kwartaal.

Wanneer de groei- en herverdelingsmiddelen zouden worden verdeeld op basis van de indicatieontwikkeling in heel 2014, dan zouden er verschillen ontstaan ten opzichte van de huidige verdeling. De verschillen op concessiehouderniveau zijn weergegeven in tabel 7.3.

Tabel 7.3 Verschil tussen reeds verdeelde groeimiddelen en (fictieve) verdeling op basis van indicatieontwikkeling heel 2014 (x € 1 miljoen)

Concessiehouder	Verdeling december 2014	Verdeling mei 2015 (fictief)	Verschil (in € miljoen)
Achmea	40,4	23,6	-16,8
Agis	21,2	20,3	- 0,9
CZ	36,2	30,0	- 6,2
De Friesland	5,4	0,5	- 4,9
DSW	1,8	5,3	3,5
Menzis	11,7	24,5	12,8
Salland	2,4	1,3	-1,1
Trias	2,4	8,2	5,8
Univé	4,7	12,4	7,7
VGZ	17,2	13,8	-3,4
Zorg en Zekerheid	11,7	15,1	3,4
Totaal	**155,1**	**155,1**	

Bron: Berekening NZa op basis van indicatiecijfers CIZ

De verschillen verklaren we als volgt:

- De groeimiddelen zijn voor een deel verdeeld op basis van uitstaand recht in plaats van indicatieontwikkeling.
- De (regionale) indicatieontwikkeling voor heel 2014 ziet er anders uit dan in de gehanteerde perioden (juli 2013-april 2014 en januari 2014-oktober 2014), vooral door de stijging in de tweede helft van 2014.

Het is goed om bij de bovenstaande tabel het volgende in ogenschouw te nemen. Onze gebruikelijke berekensystematiek van de groeimiddelen leidt ertoe dat er zorgkantoorregio's kunnen zijn die bij het verdelen van de groeiruimte meer middelen toegewezen krijgen dan op basis van latere indicatiecijfers (een heel jaar) het geval zou zijn. Te veel ontvangen groeimiddelen worden zoals eerder vermeld niet teruggenomen. Dit betekent ook dat er zorgkantoorregio's kunnen zijn die per saldo te weinig groeimiddelen ontvangen. In het verleden werd dit zo veel als mogelijk rechtgetrokken bij het verdelen van de herverdelingsmiddelen. Dit is nu niet meer mogelijk omdat deze middelen al op voorhand zijn verdeeld.

Tussenconclusie:
De groei- en herverdelingsmiddelen voor de contracteerruimte ZIN 2015 zijn in 2014 verdeeld op basis van de toen laatste bekende indicatieontwikkeling. Indien wordt uitgegaan van de indicatieontwikkeling in heel 2014, dan blijkt dat vijf van de elf concessiehouders te weinig groeimiddelen heeft gehad. Doordat de herverdelingsmiddelen al eerder zijn verdeeld (in tegenstelling tot eerdere jaren), kan niet meer worden ingespeeld op deze meest actuele indicatieontwikkeling.

8. Zorginkoop van de zorgkantoren

De zorginkoop tussen zorgaanbieders en zorgkantoren bepaalt in hoeverre de contracteerruimte jaarlijks wordt benut. De ontwikkelingen die plaatsvinden bij de zorginkoop bepalen mede of de regionale contracteerruimten voldoende zijn. In de Quickscan zorginkoop[50] langdurige zorg zijn cijfers over de zorginkoop 2013, 2014 en (deels) 2015 weergegeven. De Quickscan bevat de omzetontwikkeling tussen 2013 en 2014. Daarnaast zijn de prijskortingen gepubliceerd van de jaren 2013, 2014 en 2015. In dit hoofdstuk gaan we allereerst in op de belangrijkste bevindingen uit de Quickscan. Vervolgens is onderzocht op welke manier dit invloed heeft op de toereikendheid van het budgettair kader Wlz 2015. Ten slotte gaan we nader in op de geconstateerde verschillen tussen de concessiehouders met betrekking tot prijsafspraken voor 2015.

8.1 Bevindingen Quickscan zorginkoop langdurige zorg

De omzet in de langdurige zorg is tussen 2013 en 2014 gestegen met 2,2%. Deze ontwikkeling bestond voor driekwart uit verandering van de prijs en voor een kwart uit ontwikkeling van het volume. Het laatste had niet zozeer te maken met een toename van het totaal aantal cliënten maar met veranderingen in zorgzwaarte. Er was een toename van het aantal cliënten met een relatief duur ZZP. Eén van de belangrijkste bevindingen was dat de verandering van de productmix in 2014 (ten opzichte van 2013) voor de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg (VG) zorgen voor een stijging van de kosten.

De uitstroom van de lage ZZP's (V&V 1 t/m 3 en VG 1 en 2) en de toename van het aantal hogere ZZP's (V&V 5,6 en 7; VG 6 en 7) bij de productieafspraken zorgen voor een duurdere mix van patiënten. Dit ligt in lijn met de indicatieontwikkeling zoals weergegeven in hoofdstuk 5. We hebben gezien dat het aantal uitstaande indicaties voor de desbetreffende ZZP's is toegenomen. Echter, we zien dat de groei in indicaties van deze cliëntgroep in 2014 minder sterk is dan eerdere jaren. Mogelijk houdt dit verband met de extra controle die het CIZ heeft gedaan op de afgegeven "hits" (herindicatie via taakmandaat) en "sips" (standaard indicatieprotocol).

De afgesproken prijzen stegen in 2014 ten opzichte van 2013 over het algemeen in de hele langdurige zorg. De prijzen van de ZZP's en VPT's stegen met 2,3%. Dit is het resultaat van enerzijds stijging van de beleidsregelwaarden met name door indexering (2,8%) en anderzijds een toename van de gerealiseerde prijskortingen (van 2,3% in 2013 naar 2,8% in 2014). In 2015 steeg de gemiddelde prijskorting met 1,2 procentpunt verder naar 4,0%. De ZZP-beleidsregelwaarden in 2015 kennen vanwege een wijziging van de indexsystematiek en een tariefkorting een ontwikkeling van -/- 0,3%. Dit betekent dat voor een gemiddelde ZZP en VPT in 2015 1,5% minder in absolute euro's betaald wordt ten opzichte van 2014.

[50] http://www.nza.nl/104107/105773/1250247/Quickscan-zorginkoop-langdurige-zorg.pdf

8.2 Ingekochte zorg onder de Wlz 2015

Deze paragraaf geeft inzicht in de ontwikkeling van de prijzen die zorgkantoren en zorgaanbieders met elkaar overeenkomen en hoe deze zich verhouden tot de beleidsregelwaarden. We spreken over de korting als het (procentuele) verschil tussen beleidsregelwaarde en afgesproken prijs.

In tabel 8.1 is de gewogen gemiddelde prijskorting weergegeven voor alle V&V, GHZ en GGZ-b ZZP's en VPT's per concessiehouder.

Tabel 8.1 – Gewogen gemiddelde prijskortingen (in %) ZZP's en VPT's per concessiehouder

Wlz-uitvoerder	2013	2014	2015
Achmea	2,8	3,4	5,8
Agis	2,8	3,5	5,7
CZ	2,4	3,1	3,5
De Friesland	2,8	3,1	3,1
DSW	1,2	1,6	2,3
Menzis	2,2	2,9	3,9
Salland	1,2	3,2	4,0
Trias	1,7	2,2	2,6
Univé	2,1	2,2	2,5
VGZ	2,0	2,0	2,5
Zorg en Zekerheid	1,8	1,5	2,7

Bron: NZa

We zien dat de kortingen over het algemeen toenemen door de jaren heen. Bij Salland zien we bijvoorbeeld een korting van 1,2% in 2013 terwijl dit in 2015 is toegenomen tot 4,0%. De kortingen variëren tussen concessiehouders, zo heeft Achmea in 2015 de hoogste korting bedongen (5,8%) en DSW de laagste (2,3%). Hierbij moet in acht worden genomen dat de kortingspercentages voor 2015 bij de tweede budgetronde (herschikking) nog kunnen wijzigen. Door een hogere korting kan er meer ruimte worden gecreëerd voor aanvullende productieafspraken binnen de regionale contracteerruimten.

Een stijging van de korting kan te maken hebben met enerzijds verscherpt inkoopbeleid om binnen de beschikbare contracteerruimte te blijven, anderzijds kan dit ook te maken hebben met meer variatie van de korting tussen zorgaanbieders (bijvoorbeeld als een zorgaanbieder minder goed scoort op kwaliteit en een tarief afslag plaats heeft gevonden). Een goede indicator om dit na te gaan is de spreiding van de prijskortingen binnen een concessiehouder. Ligt de spreiding ver uiteen dan kan dit te maken hebben met kwalitatieve verschillen tussen zorgaanbieders waardoor meer of minder korting is afgesproken. Een kleiner verschil kan duiden op een uniform inkoopbeleid waarbij beperkt onderscheid wordt gemaakt tussen zorgaanbieders[51].

[51] In de bijlage is per concessiehouder de spreiding van de prijskortingen weergegeven voor ZZP's en VPT's tezamen.

De prijsvariatie tussen zorgaanbieders is bij een aantal concessiehouders toegenomen. In 2015 zien we bijvoorbeeld bij Achmea en Agis een grotere spreiding ontstaan ten opzichte van eerdere jaren. De spreiding wordt voornamelijk veroorzaakt door hogere kortingen op GGZ-b prestaties. De spreiding bij deze concessiehouders komt dus voornamelijk door het gelijk behandelen van budgetten met veel GGZ-b productie. Daarnaast zien we een iets grotere spreiding bij Trias, Univé en VGZ. Desondanks liggen de meeste kortingen dicht bij elkaar.

Tussenconclusie:
De productmix is in 2014 veranderd ten opzichte van 2013 zoals in de Quickscan zorginkoop langdurige zorg is geconstateerd. Vooral het aantal hoge ZZP's is gestegen.

Zorgkantoren anticiperen op de toename van het volume door het verder laten stijgen van de kortingen op de ZZP's en VPT's. Dit in combinatie met de afgenomen beleidsregelwaarden in 2015 betekent dit dat de absolute prijs van een ZZP of VPT naar verwachting met 1,5% zal afnemen in 2015 ten opzichte van 2014.

Daarbij kan worden vastgesteld dat de inkoop voornamelijk wordt gedaan op basis van uniform inkoopbeleid, omdat de spreiding tussen de prijzen niet groot is. Het lijkt erop dat er in mindere mate onderscheid is gemaakt op basis van individuele kenmerken van een zorgaanbieder, zoals kwaliteit. Wel zien we verschillen tussen de hoogte van de kortingen op ZZP's en VPT's tussen concessiehouders. In 2015 varieert dit tussen de 2,3% en de 5,8%. Verschillende zorgkantoren kunnen nog meer ruimte creëren in hun regionale contracteerruimte door een hogere tariefskorting toe te passen.

9. PGB

9.1 Achtergrond en wijzigingen ten opzichte van eerdere jaren

In de subsidieregeling PGB ging in de AWBZ ultimo 2011 € 2,2 miljard om. Eind 2014 is dit bedrag gestegen naar € 2,7 miljard per jaar.

Onder de Wlz wordt het PGB vorm gegeven middels een trekkingsrecht. Dit trekkingsrecht betekent dat de cliënt niet meer zelf de beschikking krijgt over een geldbedrag, maar dat dit beschikbaar komt bij de Sociale verzekeringsbank (SVB). Uiteindelijk wordt de rekening van de zorgverlener betaald door de SVB. In het PGB is ook de eigen bijdrage van de cliënt opgenomen. Onder de AWBZ kreeg de cliënt een geldbedrag op zijn bankrekening waar de zorg voor moest worden ingekocht. De eigen bijdrage was hier al vanaf gehaald.
Een doel van de introductie van het trekkingsrecht is dat oneigenlijk gebruik van het PGB wordt tegengegaan. De SVB controleert voor uitbetaling van de zorgnota's of er sprake is van een schriftelijke zorgovereenkomst tussen de budgethouders en de zorgaanbieders.

Gemeenten en budgethouders moesten voor 1 januari 2015 de benodigde gegevens (getekende zorgovereenkomsten en toekenningsberichten) aan de SVB doorgeven. Om te voorkomen dat tienduizenden mensen niet tijdig uitbetaald kregen, stelde de SVB op voorspraak van het ministerie van VWS half januari 2015 een noodscenario in werking. Daar waar de gegevens nog niet volledig binnen waren of de toekenningsberichten van gemeenten ontbraken, zou de SVB toch tot uitbetaling overgaan. De financiële verantwoording vindt dan achteraf plaats.

Rol NZa
Per 1 januari 2015 neemt de NZa een deel van de rol met betrekking tot de regionale financiële middelen van de PGB-regeling over van het Zorginstituut Nederland. De NZa informeert de zorgkantoren over de verdeling van het PGB-kader over de regio's. Daarnaast monitort de NZa de besteding van deze middelen. Om deze monitor vorm te geven heeft de NZa de nadere regel 'Informatieverstrekking monitoring uitgaven Persoonsgebonden budget en individueel aangepaste Wlz-hulpmiddelen (CA-NR-1553)' opgesteld. Conform deze nadere regel leveren zorgkantoren maandelijks informatie aan de NZa aan over de benutting van het PGB-kader. Bij de inzet van PGB is sprake van twee stappen. Het zorgkantoor geeft een beschikking af met het maximale subsidiebedrag. Vervolgens betaalt de SVB uit op basis van declaraties door aanbieders van PGB zorg. De totale uitputting van het kader wordt dus bepaald door de door zorgkantoren afgegeven beschikkingen. De NZa baseert dit advies op de door zorgkantoren afgegeven beschikkingen, niet op de door de SVB uitbetaalde bedragen.

Het budgettair kader PGB is op grond van de regeling Langdurige Zorg verdeeld over de zorgkantoorregio's. Om het totale kader zo goed mogelijk te kunnen benutten is het per 2015 mogelijk voor Wlz uitvoerders/zorgkantoren om middelen over te hevelen tussen beide budgettaire kaders en andersom. Voorheen was dit niet mogelijk.

Voorafgaand aan het jaar 2015 is een bedrag van € 1.160 miljoen over de zorgkantoren verdeeld. Deze verdeling is gebaseerd op gegevens die Zorginstituut Nederland heeft over verblijf geïndiceerde PGB-houders in 2014. Dit bedrag is gecorrigeerd voor verblijf geïndiceerde GGZ-C cliënten, die per 2015 overgegaan zijn naar de Wmo.
Ook is rekening gehouden met de groep cliënten met een extramurale indicatie die voldoen aan de toegangscriteria voor de Wlz. Voor deze groep cliënten is een bedrag van € 200 miljoen toegevoegd aan het kader PGB. In paragraaf 6.4 "Wlz-indiceerbaren" is nader ingegaan op deze groep cliënten en of het beschikbare kader voor deze groep cliënten toereikend is of niet. Dit totale kader bleek bij aanvang al niet voldoende.

Deze overschrijding heeft geleid tot een ophoging door VWS van het totale kader van € 1.160 miljoen naar € 1.280 miljoen. Vanwege de overschrijding van het initiële PGB-kader is door het Ministerie van VWS op basis van het nieuwe PGB-kader van € 1.280 miljoen een nieuwe verdeling over de zorgkantoren gemaakt. In artikel 49e Wmg juncto artikel 8.2 van de Regeling langdurige zorg is deze nieuwe verdeling over de zorgkantoren met terugwerkende kracht per 1 januari 2015 vastgesteld[52].

Op basis van de gegevens over de maanden januari tot en met maart 2015 is gebleken dat de geraamde totale benutting op basis van de afgegeven beschikkingen uitkomt op € 1.286 miljoen. Dit is een overschrijding van het PGB-kader van € 6 miljoen. Zorgkantoren geven verder aan dat voor herindicaties en cliënten die zich reeds bij de zorgkantoren gemeld hebben nog € 24 miljoen aanvullend nodig is (zie tabel 9.1 waarin ook het PGB-kader en de benutting daarvan voor de jaren 2013 en 2014 is opgenomen).

Tabel 9.1 Benutting PGB-kader 2013-2015 (in € miljoen)

	2013	2014	2015
Totaal kader[53]	2.755	2.731	1.280
Totaal benut (beschikt)	2.749	2.736	1.286[54]
Totaal benut (gereserveerd) [55]	4	10	24[56]

Bron: Zorginstituut Nederland en NZa

Als de gegevens van januari tot en met maart 2015 (zie tabel 9.1) geëxtrapoleerd worden naar een verwachte benutting per 31 december 2015 dan resulteert dit in een bedrag van ongeveer € 1.576 miljoen.

[52] Stcrt. 2015, 11135, datum inwerkingtreding 23-04-2015, bevat een wijziging met terugwerkende kracht van dit artikel. Deze wijziging werkt terug tot en met 01-01-2015 en kamerstuk 25657 nr. 160 | Tweede Kamer van 23 april 2015.

[53] Kader = Het subsidieplafond voor het PGB-AWBZ. Voor 2015 is dit het subsidieplafond voor het PGB-Wlz; bron Zorginstituut Nederland
[54] Peildatum 15 april 2015; bron NZa.
[55] Benutting = het verplichtingenniveau en bestaat uit het totaalbedrag van de feitelijk afgegeven toekenningsbeschikkingen en de reservering ten behoeve van budgethouders voor wie het indicatiebesluit in de loop van het kalenderjaar afloopt; bron Zorginstituut Nederland
[56] Peildatum 15 april 2015; bron NZa.

Wij verwachten echter niet dat deze groei zich zo sterk voortzet. In deze groei zit in de eerste maanden ook de groei afkomstig van de Wlz-indiceerbaren. Daarnaast zitten de herindicaties van bestaande cliënten al volledig in dit bedrag verwerkt. In de komende maanden zal naar verwachting de groei verder afnemen. De resterende groei kan alleen veroorzaakt worden door nieuwe cliënten.

De precieze benutting van het PGB-kader is echter niet door de NZa te voorspellen. Met betrekking tot de Wlz hebben we nog geen ervaringscijfers voor het PGB. Mocht het PGB sterk blijven stijgen, dan zal dit volgens ons onder andere komen door een afname van de groei bij ZIN. In dit geval kunnen middelen van de contracteerruimte voor zorg in natura overgeheveld worden naar het PGB-kader.

9.2 Meerzorg PGB

Vanuit een aantal zorgkantoren ontvingen wij signalen over een toename van de kosten PGB-meerzorgtoeslag 2015 ten opzichte van 2014. In 2014 werd in het totaal bij het PGB voor bijna € 1,4 miljoen uitgegeven aan meerzorg binnen het PGB.
Op basis van de gegevens in bijlage 4 over de maanden januari, februari en maart 2015 blijkt dat de totale benutting al € 3,4 mln. bedraagt. Ten opzichte van 2014 betekent dit een aanzienlijke stijging. Binnen het totale PGB kader gaat het echter om een beperkt bedrag.

Tussenconclusie:
Bij aanvang van het jaar 2015 werd het beschikbare kader voor PGB al overschreden. Deze overschrijding wordt deels veroorzaakt door een te lage vaststelling van het initiële bedrag en deels door een te lage toevoeging voor de Wlz-indiceerbaren. Hiervoor heeft het Ministerie van VWS lopende dit jaar € 120 miljoen aan het kader toegevoegd. Het initiële PGB-kader is opgehoogd van € 1.160 miljoen naar € 1.280 miljoen.

Op basis van de overzichten van de zorgkantoren over de maanden januari tot en met maart 2015 is deze toevoeging onvoldoende. De geraamde benutting van het PGB-kader bedraagt nu reeds € 1.286 miljoen op basis van het aantal afgegeven beschikkingen. Op totaalniveau betekent dit een tekort van € 6 miljoen.
Gezien de in hoofdstuk 5 gepresenteerde trend van stijging van het aantal PGB's verwachten wij dat het totale PGB verder zal groeien gedurende 2015 en dat een verdere ophoging van het PGB-kader noodzakelijk is.

Voor de totale PGB-meerzorgtoeslag 2015 zien we ten opzichte van 2014 een forse stijging. In 2014 bedroeg het totaalbedrag aan PGB-meerzorgtoeslag ongeveer € 1,4 miljoen. In 2015 is de PGB-meerzorgtoeslag gestegen naar een totaalbedrag van ongeveer € 3,4 miljoen. Deze ontwikkeling heeft onze aandacht voor 2015 en verder.

10. Conclusie

10.1 Bevindingen

Contracteerruimte 2014

In 2014 is circa € 262 miljoen van het kader in 2014 niet vertaald in productieafspraken. Slechts een deel van deze onbenutte middelen is toegewezen aan de Wlz. In samenhang met de maatregelen, die voor 2015 zijn genomen kunnen we niet zondermeer concluderen dat de basis contracteerruimte voldoende is voor de zittende cliënten.

Contracteerruimte 2015

We verwachten dat het landelijke budgettair kader voor ZIN in 2015 krap, maar toereikend is. Als we naar de verschillende onderdelen van de contracteerruimte kijken, dan verwachten we op een aantal onderdelen dat de beschikbare contracteerruimte niet toereikend is. Op andere onderdelen is de verwachting dat er meer middelen beschikbaar zijn, dan nodig voor de zorginkoop. Het totale beschikbare kader is naar verwachting toereikend.

De krapte wordt voornamelijk veroorzaakt doordat de lage ZZP's 2015 langzamer uitstromen, dan de uitstroom waar in het kader rekening mee wordt gehouden. Dee beschikbare ruimte voor de hoge ZZP's is wel voldoende. Voor de Wlz-indiceerbaren verwachten we dat meer is toegevoegd, dan noodzakelijk is om de zorg voor voor deze groep cliënten in te kopen.

De ruimte beschikbaar voor het PGB is onvoldoende in 2015. We verwachten een tekort voor (bijna) alle zorgkantoorregio's.
Deze conclusies trekken we op basis van de ontwikkeling in de indicaties, de uitwerking van de belangrijkste wijzigingen in het kader ten opzichte van 2014 en de informatie die ontvangen hebben van de zorgkantoren.

Over de daadwerkelijke uitputting van het Wlz-kader bestaat nog wel enige onzekerheid. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt doordat nog onzeker is, welk deel van de cliënten die onder het overgangsrecht vallen, een beroep doen op de Wlz .

In 2015 heeft een wijziging in de omvang van het beschikbare kader plaatsgevonden ten opzichte van vorige jaren. Grote delen van zorg zijn overgeheveld naar andere domeinen (Zvw, jeugdzorg en gemeente). Daarnaast zijn een aantal maatregelen genomen, die invloed hebben op de benutting van de contracteerruimte. De belangrijkste wijzigingen zijn:

4. de effecten van het beleid om cliënten langer thuis te laten wonen;
5. de middelen die beschikbaar gesteld zijn voor de Wlz-indiceerbaren;
6. de toevoeging van de middelen voor het overgangsrecht Wlz.

Wanneer we kijken naar de financiële effecten van het langer thuis wonen, dan kijken we naar de uitstroom van de lage ZZP's. VWS gaat er in het beschikbare kader vanuit dat in 2015 de ZZP's V&V1 en V&V2 in de V&V volledig worden afgebouwd. De verwachting is dat deze volledige afbouw niet in 2015 wordt gerealiseerd. De afbouw in de VG verloopt in eerste instantie sneller dan verwacht, maar dit heeft nog een veel beperkter financieel effect. Per saldo zorgt deze maatregel voor een extra druk op de beschikbare Contracteerruimte.

Voor de Wlz-indiceerbaren zijn volgens onze berekeningen teveel middelen toegevoegd aan het zorg in natura-kader. Een voorspelling doen over de toevoeging van het overgangsrecht is niet goed mogelijk. Op basis van de eerste berekening lijkt de toevoeging voldoende en blijven zelfs middelen over, maar pas in de loop van het jaar wordt duidelijk welke keuzes cliënten maken. Daarnaast is de toevoeging gebaseerd op cliëntenaantallen 2013 en zien we in 2014 ook een stijging van vooral de hoge ZZP's.

Bij de indicatiegegevens zien we een grote stijging van indicaties in het laatste kwartaal van 2014. Bij de verdeling van de groeiruimte en herverdelingsmiddelen is hier geen rekening mee gehouden. De grote groei in de hogere ZZP's lijkt af te vlakken, zelfs wanneer de laatste maanden van 2014 meegenomen worden. Bij met name V&V5, VG3 en VG 6 zien we nog een groei, die we niet op basis van demografische ontwikkelingen kunnen verklaren. De groei kan volgens ons worden opgevangen met de beschikbaar gestelde groeiruimte en de ingezette 'herverdelingsmiddelen'.

Op landelijk niveau verwachten wij dat het beschikbare kader voor zorginkoop voldoende is. Voor de hogere ZZP's zijn voldoende middelen beschikbaar. Een krapte wordt veroorzaakt door de afbouw van de lage V&V's-ZZP's, maar dit wordt gecompenseerd door een overschot op de middelen voor de Wlz-indiceerbaren en het overgangsrecht. Ook zien we duidelijk regionale verschillen in de verwachte benutting van het regionale kader. Deze verschillen komen onder andere tot stand door de verdelingssystematiek bij GGZ-B, het aan het begin van het jaar verdelen van de herverdelingsmiddelen waarbij geen rekening wordt gehouden met de afgegeven indicaties in 2015, de verdeling van de middelen voor de Wlz-indiceerbaren en de ontwikkelingen in de zorgvraag. Voor sommige zorgkantoren zal dit betekenen dat de contracteerruimte bij voortgezet beleid onvoldoende is. Wel bestaat hier bij verschillende zorgkantoren nog de mogelijkheid om via zorginkoop op de prijs een overschrijding van het kader te voorkomen. In de overeengekomen prijzen zien wij namelijk aanzienlijke verschillen.

PGB kader

Bij aanvang van het jaar werd het kader beschikbaar voor PGB al overschreden. Deze overschrijding wordt deels veroorzaakt door een te lage vaststelling van het initiële bedrag en deels door een te lage toevoeging voor de Wlz-indiceerbaren. Hiervoor heeft VWS lopende het jaar € 120 miljoen aan het kader toegevoegd. Op basis van de overzichten van de zorgkantoren is deze toevoeging onvoldoende. Op basis van de indicatiecijfers verwachten wij dat het PGB verder zal groeien gedurende 2015 en dat een verdere ophoging van het PGB-kader noodzakelijk is.

De mogelijkheid bestaat om middelen over te hevelen tussen ZIN en PGB. Voor de meeste zorgkantoren zal dit geen optie zijn vanwege de krapte bij ZIN. Voor sommige zorgkantoren bestaat deze mogelijkheid wel. Het is echter de vraag in hoeverre in 2015 hiervan gebruik zal worden gemaakt. De Wlz is dit jaar voor het eerst van toepassing en brengt nog grote onzekerheden met zich mee. De data waarop wij ons advies baseren zijn nog onvolledig en ook bij zorgkantoren zal vaak nog onvoldoende informatie beschikbaar zijn om de precieze uitputting van het ZIN-kader te kunnen benoemen en om vervolgens in een vroeg stadium middelen over te hevelen naar het PGB-kader.
Daarnaast is het van belang in hoeverre er een schuif van ZIN naar PGB plaats vindt in 2015.

10.2 Advies

Landelijk is de beschikbare contracteerruimte naar verwachting krap, maar voldoende.

Wel zien we dat in een aantal regio's wel tekorten kunnen ontstaan. Dit komt onder andere door de scheve verdeling van de groeiruimte en de herverdelingsmiddelen. Dit kan worden opgelost door de zorgkantoren door middel van het over hevelen van het ene zorgkantoor naar het andere zorgkantoor. We adviseren dat ZN dit oppakt en in overleg met de zorgkantoren komt tot de noodzakelijke overhevelingen. Zorgkantoren hebben zich, in samenhang van het eerder beschikbaar komen van de herverdelingsmiddelen, aan het begin van het jaar ook gecommiteert om middelen over te hevelen naar zorgkantoren met tekorten indien middelen beschikbaar zijn. In bijlage 7 staat de regionale herverdeling volgens de NZa opgenomen.

Daarnaast adviseren we het overgangsrecht goed te blijven monitoren, omdat er op dit moment beperkte informatie is over het aantal cliënten dat beroep doet op de Wlz.

We concluderen dat het huidige PGB-kader in 2015 onvoldoende is. We verwachten dat de contracteerruimte niet toereikend is om dit tekort te compenseren. Voor 2015 zien we daarom overhevelen tussen het ZIN kader en het PGB niet als enige oplossing..

We adviseren u om voor 2015 aanvullend middelen beschikbaar te stellen voor het PGB-kader. Het noodzakelijk bedrag voor PGB is in 2015 door ons op dit moment niet te voorspellen. We vinden het belangrijk dat op korte termijn voldoende middelen beschikbaar zijn voor het PGB. We adviseren daarom € 80 miljoen toe te voegen aan het PGB-kader.
We verwachten dat dit bedrag voor de komende maanden voldoende moet zijn. Door deze ophoging wordt een overschrijding van de subsidieplafonds op korte termijn voorkomen.

10.3 Tot slot

We vinden het verder belangrijk dat voor 2016 de herverdelingsmiddelen niet al worden verdeeld bij aanvang van het jaar. Het risico bestaat dat net als in 2015 deze middelen terecht komen bij regio's die deze middelen niet nodig hebben. Om tot een zo goed mogelijke verdeling van het kader te komen, adviseren wij de herverdelingsmiddelen pas beschikbaar te stellen na het advies budgettair kader 2016.

Voor het kader 2016 willen we u ook wijzen op de langzamere uitstroom van de lage ZZP's. Volgens de aannames voor deze uitstroom in het kader zijn de lagere ZZP's (V&V1 en V&V2) volledig uitgestroomd eind 2015. We verwachten dat dit zeker nog niet het geval is. Bij de berekening van het beschikbare kader 2016 en verder zal hier rekening mee gehouden moeten worden. In het kader 2016 zult u ook rekening moeten houden met het aandeel cliënten dat onder het overgangsrecht valt en de keuze maakt om de zorg onder de Wlz af te nemen.

Net als in voorgaande jaren zijn er regionale verschillen in de benutting van de contracteerruimte. Momenteel onderzoekt de NZa de mogelijkheden voor een nieuw verdeelmodel voor 2016 en verder. Met een nieuw verdeelmodel kan mogelijk gekomen worden tot een rechtvaardigere verdeling en kunnen de inkoopinspanningen van zorgkantoren beter vergeleken worden.

De verwachting is dat het jaar 2015 met inzet van bovenstaande oplossingen de beschikbare kaders voldoende zijn. Uiteraard zullen we dit blijven monitoren en bij een melding van een knelpunt u direct hiervan op de hoogte stellen.

Bijlage 1 Lijst met afkortingen

- AUD Auditief
- AWBZ Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
- BH Behandeling
- CIZ Centrum Indicatiestelling Zorg
- GGZ Geestelijke Gezondheidszorg
- GHZ Gehandicaptenzorg
- GRZ Geriatrische revalidatiezorg
- LG Lichamelijk Gehandicapten
- LVG Licht Verstandelijk Gehandicapten
- NHC Normatieve huisvestingscomponent
- NZa Nederlandse Zorgautoriteit
- PGB Persoonsgebonden budget
- SGLVG Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapten

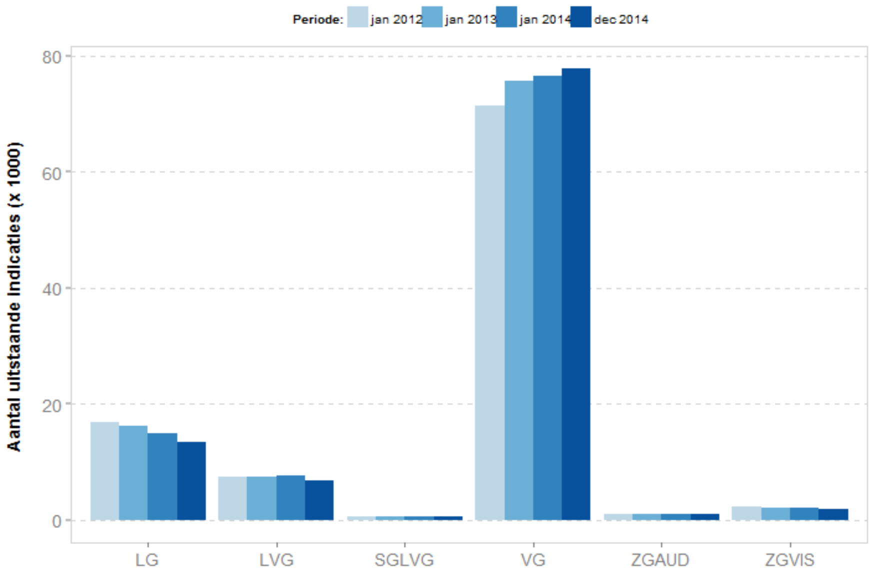
SVB Sociale Verzekeringsbank

- VG Verstandelijk Gehandicapten
- VIS Visueel
- V&V Verpleging en Verzorging
- VWS Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Wlz Wet langdurige zorg
- Wmo Wet maatschappelijke ondersteuning
- ZG Zintuiglijk Gehandicapten
- ZIN Zorg in natura
- Zvw Zorgverzekeringswet
- ZZP Zorgzwaartepakket
- Z&Z Zorg en Zekerheid

Bijlage 2 Indicatieontwikkeling

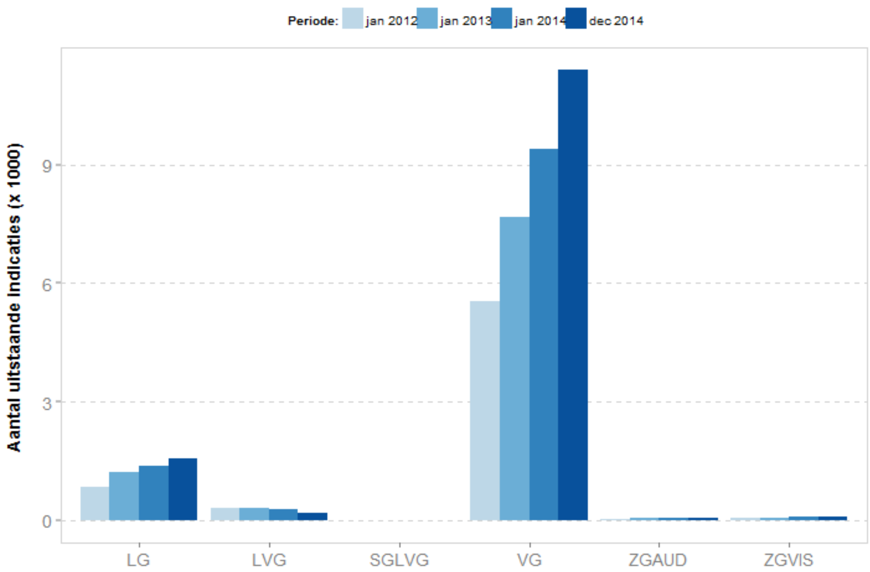
Aantal indicaties GHZ deelsectoren

Figuur B2.1 Aantal indicaties ZIN per GHZ sector (aantallen) 2012 - 2014



Bron: CIZ, bewerking NZa

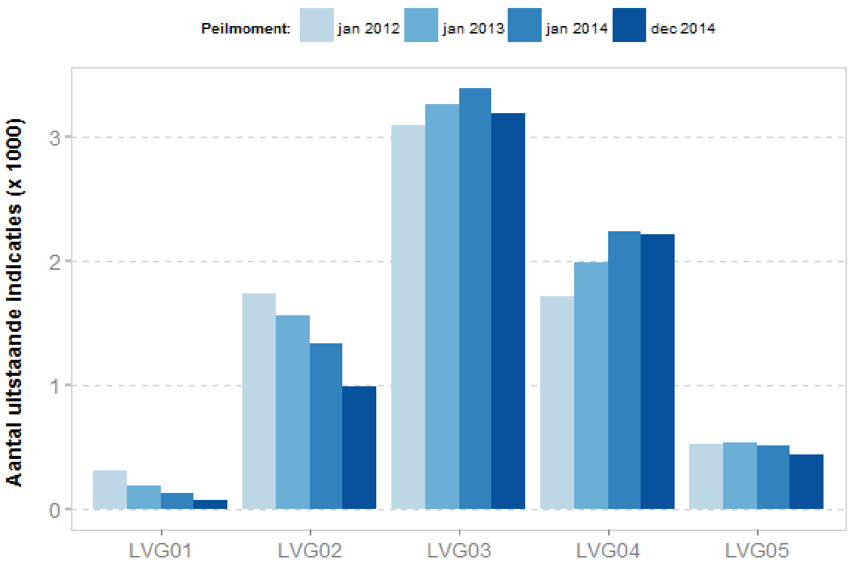
Figuur B2.2 Aantal indicaties PGB per GHZ sector (aantallen) 2012 - 2014



Bron: CIZ, bewerking NZa

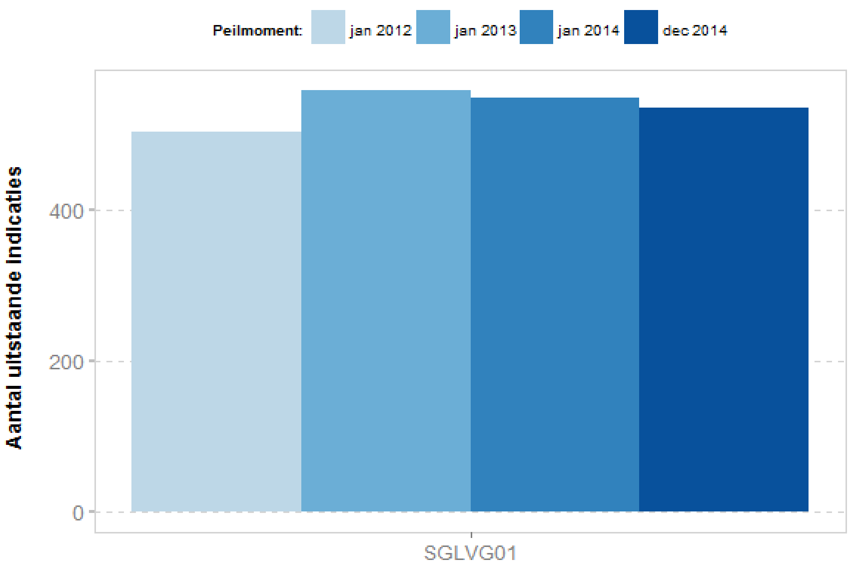
ZIN indicaties per ZZP overige categorieën

Figuur B2.3 Aantal LG indicaties ZIN per ZZP 2012 - 2014



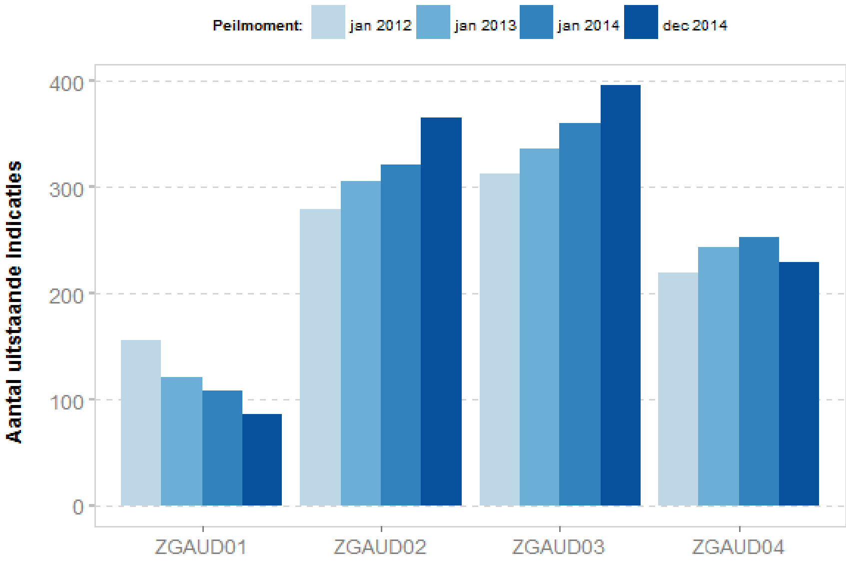
Bron: CIZ, bewerking NZa

Figuur B2.4 Aantal SGLVG indicaties ZIN 2012 - 2014



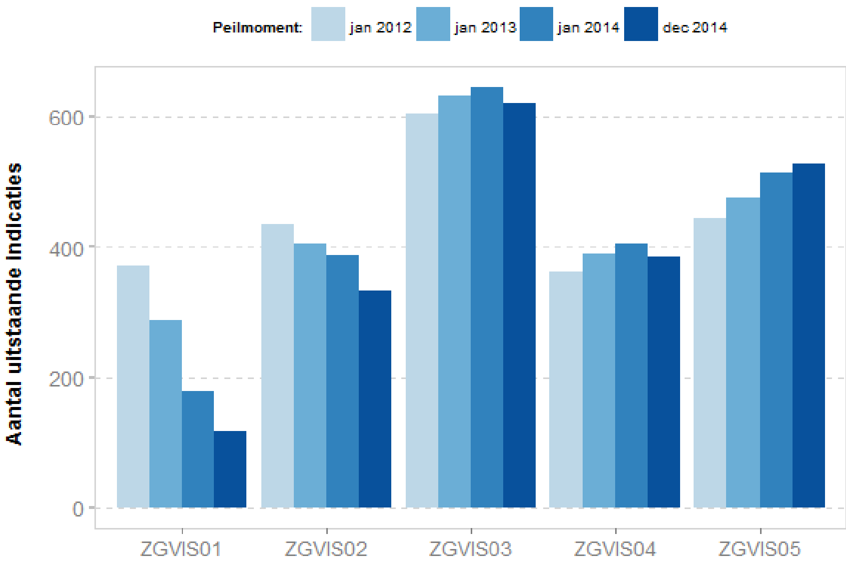
Bron: CIZ, bewerking NZa

Figuur B2.5 Aantal ZG-auditief indicaties ZIN per ZZP 2012 - 2014



Bron: CIZ, bewerking NZa

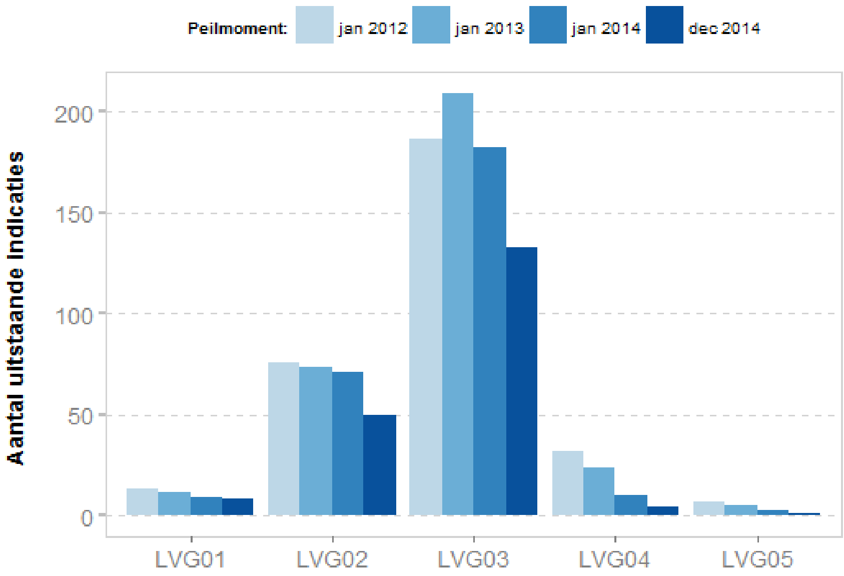
Figuur B2.6 Aantal ZG-visueel indicaties ZIN per ZZP 2012 - 2014



Bron: CIZ, bewerking NZa

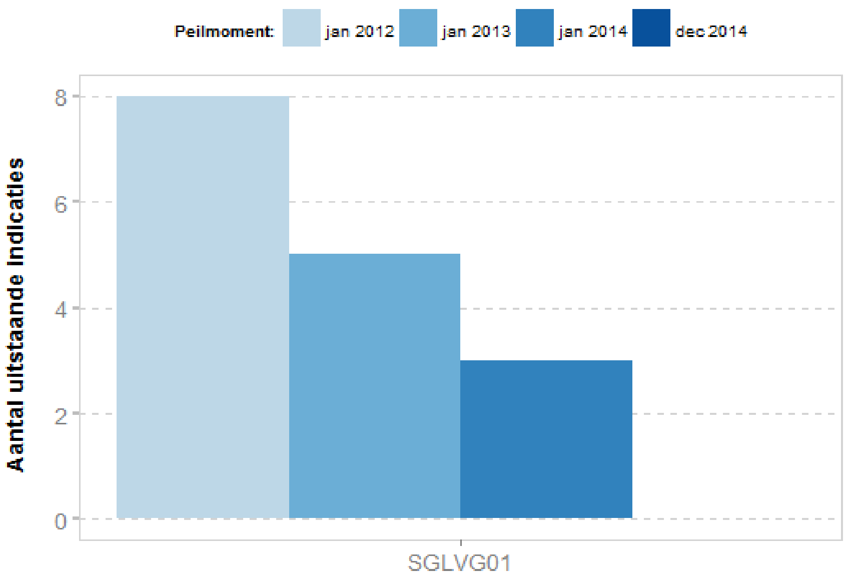
PGB indicaties per ZZP overige categorieën

Figuur B2.7 Aantal LVG indicaties PGB per ZZP 2012 - 2014



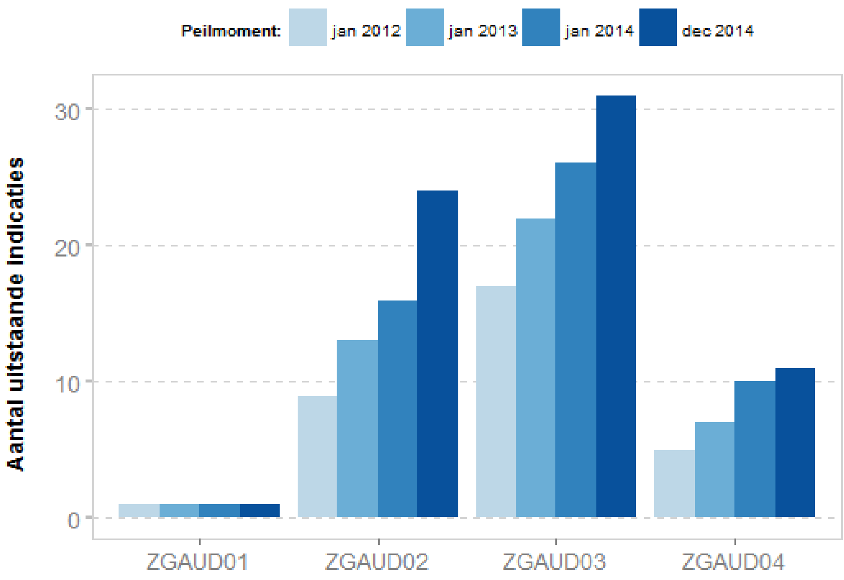
Bron: CIZ, bewerking NZa

Figuur B2.8 Aantal SGLVG indicaties PGB 2012 - 2014



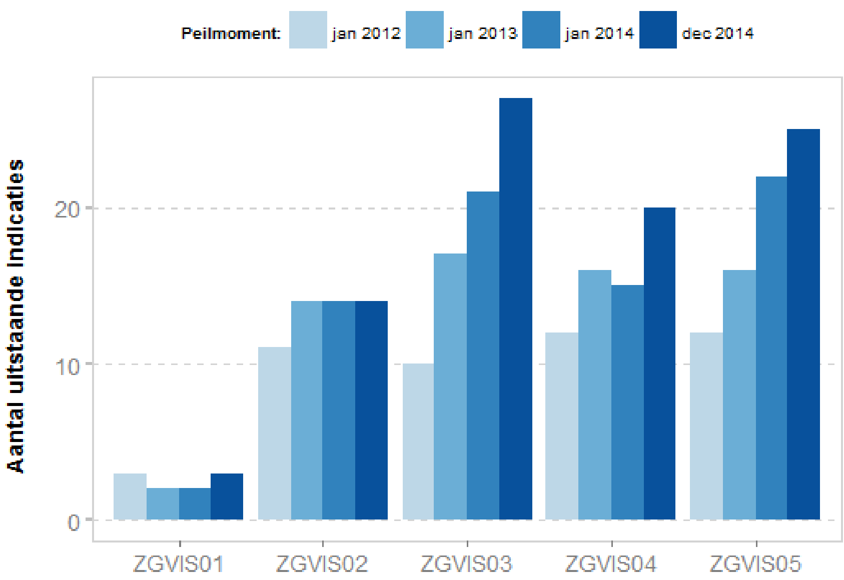
Bron: CIZ, bewerking NZa

Figuur B2.9 Aantal ZG-auditief indicaties PGB per ZZP 2012 - 2014



Bron: CIZ, bewerking NZa

Figuur B2.10 Aantal ZG-visueel indicaties PGB per ZZP 2012 - 2014



Bron: CIZ, bewerking NZa

Bijlage 3 Regionale verdeling Wlz-indiceerbaren ZIN

Tabel verdeling Wlz-indiceerbaren ZIN op zorgkantoorniveau (x € 1 miljoen)[57]

Zorgkantoor	Huidige verdeling[58]	Nieuwe verdeling[59]	Verschil
Groningen	11,6	10,7	0,9
Friesland	11,9	10,8	1,1
Drenthe	12,4	11,5	0,9
Zwolle	9,7	10,6	-0,9
Twente	12,7	9,5	3,2
Apeldoorn/Zutphen e.o.	6,9	5,4	1,5
Midden-Ijssel	6,0	2,6	3,4
Arnhem	16,6	15,0	1,6
Nijmegen	13,7	7,2	6,5
Utrecht	29,0	20,5	8,5
Flevoland	6,1	5,7	0,4
't Gooi	10,0	7,8	2,2
Noord-Holland Noord	9,3	7,8	1,5
Kennemerland	7,6	5,8	1,8
Zaanstreek/Waterland	5,0	4,2	0,8
Amsterdam	11,2	17,3	-6,1
Amstelland/Meerlanden	4,7	5,4	-0,7
Zuid-Holland Noord	8,5	8,1	0,4
Haaglanden	11,3	13,5	-2,2
Delft/Westland/Oostland	6,1	3,6	2,5
Midden-Holland	8,0	3,6	4,4
Rotterdam	15,3	14,0	1,3
Nieuwe Waterweg Noord	3,2	3,6	-0,4
Zuid-Hollandse eilanden	5,9	6,7	-0,8
Waardenland	6,7	7,0	-0,3
Zeeland	6,6	5,9	0,7
West-Brabant	12,9	11,7	1,2
Midden-Brabant	8,6	5,7	2,9
Noordoost Brabant	15,6	8,7	6,9
Zuidoost Brabant	12,9	11,3	1,6
Noord-Limburg	9,2	10,0	-0,8
Zuid-Limburg	11,0	10,3	0,7
Totaal	**326,0**	**281,4**	**44,6**

Bron: CIZ, NZa en Vektis, bewerking NZa.

[57] In de tabel komen afrondingsverschillen voor.
[58] Het bedrag van € 161 miljoen dat in de contracteerruimte ZIN 2015 is gebleven, is door de NZa verdeeld op basis van zorgkantoorgrootte. Zie voor de verdeling van het aan de contracteerruimte 2015 toegevoegde bedrag van € 165 miljoen de "Verdeling budgettaire kader Wlz 2015 – december 2014" van 14 december 2014. Deze laatstgenoemde verdeling is gebaseerd op Vektis-cijfers met peildatum 10 november 2014.
[59] (Verdeling op basis van) CIZ-cijfers met peildatum 24 december 2014.

Bijlage 4 PGB per regio

Tabel Benutting PGB-kader 2015 per zorgkantoor in € s[60]

Zorgkantoor	Kader	Benutting	Gereserveerd	Onder-/overschrijding
Groningen	69.311.239	69.493.254	355.398	-537.413
Friesland	83.684.474	83.546.635	842.348	-704.509
Drenthe	58.407.506	59.798.500	1.902.932	-3.293.926
Zwolle	49.254.500	50.310.115	2.053.951	-3.109.566
Twente	59.657.527	59.986.366	676.818	-1.005.657
Stedendriehoek	28.585.637	29.100.986	884.819	-1.400.168
Midden Ijssel	10.500.022	10.310.731	441.414	-252.123
Arnhem	87.772.629	87.398.528	524.252	-150.151
Nijmegen	40.203.850	40.284.866	1.401.840	-1.482.856
Utrecht	79.207.401	79.403.723	2.838.580	-3.034.902
Flevoland	17.006.338	17.039.779	643.738	-677.179
´t Gooi	32.214.275	32.314.359	1.132.224	-1.232.308
Noord-Holland-Noord	39.274.102	39.599.372	855.507	-1.180.777
Kennemerland	24.800.894	24.828.965	621.129	-649.200
Zaanstreek/Waterland	17.037.675	17.467.687	513.770	-943.782
Amsterdam	38.326.056	38.504.606	1.203.637	-1.382.187
Amstelland/Meerlanden	9.649.988	9.536.318	184.339	-70.669
Zuid-Holland-Noord	26.090.967	25.819.744	314.539	-43.316
Haaglanden	48.896.352	49.426.212	448.974	-978.834
Delft/Westland/Oostland	16.309.234	16.431.422	238.386	-360.574
Midden-Holland	16.531.981	17.000.823	294.804	-763.646
Rotterdam	37.468.392	38.434.693	1.186.254	-2.152.555
Nieuwe Waterweg Noord	10.890.145	10.830.977	215.846	-156.678
Zuid-Hollandse Eilanden	30.824.465	31.145.512	104.184	-425.231
Waardenland	26.602.121	26.294.897	403.327	-96.103
Zeeland	26.819.230	26.338.717	174.045	306.468
West-Brabant	53.223.667	52.706.326	444.401	72.940
Midden-Brabant	44.097.152	43.941.113	500.193	-344.154
Noordoost Brabant	51.765.053	52.298.918	846.785	-1.380.650
Zuidoost-Brabant	55.069.693	55.368.860	583.587	-882.754
Noord-Limburg	39.086.566	39.276.378	737.199	-927.011
Zuid-Limburg	51.430.868	51.565.138	766.080	-900.350
Totaal	**1.280.000.000**	**1.285.804.519**	**24.335.298**	**-30.139.821**

[60] Stand per 15 april 015; bron NZa; betreft cijfers aprillevering in het kader van de monitoring Wlz. In deze tabel komen afrondingsverschillen voor.

Tabel Meerzorgtoeslag PGB per zorgkantoor in €

Meerzorgtoeslag PGB[61]/[62]		
Zorgkantoor	**2014**	**2015**
Groningen	91.841	116.512
Friesland	195.289	1.227.249
Drenthe		
Zwolle		
Twente	3.812	61.923
Stedendriehoek		
Midden IJssel		
Arnhem	232.351	314.675
Nijmegen	69.000	133.688
Utrecht		
Flevoland		
´t Gooi		
Noord-Holland-Noord		25.099
Kennemerland		
Zaanstreek/Waterland		
Amsterdam		
Amstelland/Meerlanden		
Zuid-Holland-Noord		
Haaglanden	82.978	75.458
Delft/Westland/Oostland		
Midden-Holland		
Rotterdam		
Nieuwe Waterweg Noord		
Zuid-Hollandse Eilanden		75.931
Waardenland	81.838	104.765
Zeeland	152.097	250.962
West-Brabant	61.324	166.703
Midden-Brabant	31.518	51.326
Noordoost Brabant		290.197
Zuidoost-Brabant	181.982	230.713
Noord-Limburg	75.240	283.427
Zuid-Limburg	34.901	34.894
Totaal	**1.384.171**	**3.443.523**

[61] Stand per 15 april 2015; bron NZa; betreft cijfers aprillevering in het kader van monitoring Wlz.
[62] Meerzorgtoeslag; meer zorg bovenop de zorg waar een budgethouder op grond van het hem geïndiceerde zorgprofiel of zorgzwaartepakket recht op heeft.

Bijlage 5: Hoge ZZP's (in €)[63]

ZZP	Aantal cliënten	Gemiddelde prijs
4V&V	24.109	116,49
5V&V	49.773	179,38
6V&V	24.167	173,42
7V&V	13.905	216,81
8V&V	2.198	245,98
9V&V B	808	217,71
10V&V	619	268,01
1GGZ B	4	96,97
2GGZ B	30	133,61
3GGZ B	412	143,90
4GGZ B	1.060	166,23
5GGZ B	3.806	178,96
6GGZ B	963	235,12
7GGZ B	1.805	321,04
3VG	13.036	120,48
4VG	8.584	145,22
5VG	8.009	192,66
6VG	15.288	175,84
7VG	11.241	264,39
8VG	5.256	222,05
1LG	283	107,53
2LG	1.098	139,21
3LG	1.053	132,13
4LG	3.004	157,22
5LG	876	188,90
6LG	4.003	208,94
7LG	1.252	225,62
1SGLVG	362	332,52
1LVG	20	137,21
2LVG	433	176,80
3LVG	1.057	218,17
4LVG	546	256,61
5LVG	98	255,43
1ZGaud	51	123,21
2ZGaud	331	259,66

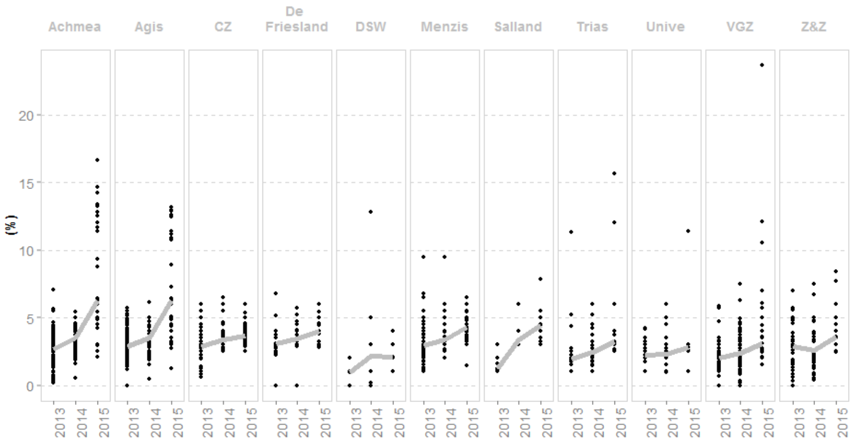
[63] Op basis van deze tabel is het bedrag in het advies niet terug te rekenen. Dit komt, omdat in deze tabel geen rekening is gehouden met een bezettingsgraad en met de indexering naar 2015

3Zgaud	378	323,39
4ZGaud	186	193,45
1ZGvis	78	91,09
2ZGvis	252	122,41
3ZGvis	545	162,36
4ZGvis	350	217,63
5ZGvis	511	243,42

Bron: Zorginstituut Nederland: uitvoeringsinformatie iWlz, bewerking NZa

Bijlage 6: Spreiding kortingen

Figuur Spreiding kortingen ZZP's en VPT's per concessiehouder per zorgaanbieder



Bron: NZa

Bijlage 7: Regionale verschillen contracteerruimte (Wlz indiceerbare, GGZ-B en groeiruimte)

Tabel B7 Regionale verschillen na analyse Wlz indiceerbaren, vernieuwde GGZ-B gegevens en groeiruimteverdeling op basis van meest recente indicatieontwikkeling (x € 1 miljoen)

Zorgkantoor	Wlz indiceerbaren ZIN	GGZ-B	Groeiruimte	Saldo ZIN bij nieuwe (fictieve) verdeling
Groningen	-934.115	320.038	-1.431.588	-2.045.665
Friesland	-1.043.639	310.475	4.917.842	4.184.678
Drenthe	-903.007	984.378	-548.064	-466.693
Zwolle	876.004	-527.222	8.875.055	9.223.837
Twente	-3.239.959	152.267	-980.600	-4.068.292
Apeldoorn/Zutphen e.o.	-1.532.662	1.361.568	1.297.820	1.126.726
Midden-Ijssel	-3.441.738	471.739	1.063.300	-1.906.699
Arnhem	-1.581.442	-285.158	-10.413.999	-12.280.599
Nijmegen	-6.474.394	274.142	-3.244.181	-9.444.434
Utrecht	-8.568.921	2.011.761	2.361.068	-4.196.091
Flevoland	-385.432	-1.311	2.567.833	2.181.090
’t Gooi	-2.156.562	-	-4.349.639	-6.506.201
Noord-Holland Noord	-1.478.953	829.350	-7.696.086	-8.345.690
Kennemerland	-1.769.908	-216.689	-349.739	-2.336.336
Zaanstreek/Waterland	-814.509	-141	1.555.618	740.968
Amsterdam	6.092.029	117.335	1.558.990	7.768.354
Amstelland/Meerlanden	779.937	-396.371	-283.482	100.084
Zuid-Holland Noord	-420.314	-3.734.027	-3.162.301	-7.316.642
Haaglanden	2.231.399	-4.750.097	10.529.648	8.010.949
Delft/Westland/Oostland	-2.521.219	-1.121.605	-3.997.367	-7.640.192
Midden-Holland	-4.358.454	-349	-1.742.008	-6.100.812
Rotterdam	-1.249.293	5.977	4.723.022	3.479.707
Nieuwe Waterweg Noord	387.182	-2.044	482.401	867.539
Zuid-Hollandse eilanden	892.973	1.554.798	44.197	2.491.968
Waardenland	318.720	-204.448	-4.008.320	-3.894.048
Zeeland	-669.212	-1.341.257	-3.008.795	-5.019.264
West-Brabant	-1.290.350	2.440.103	-1.681.805	-532.053
Midden-Brabant	-2.858.552	634.598	4.881.050	2.657.095
Noordoost Brabant	-6.865.320	142.924	274.940	-6.447.456
Zuidoost Brabant	-1.660.825	913.412	-1.574.413	-2.321.826
Noord-Limburg	785.877	957.906	1.464.324	3.208.107
Zuid-Limburg	-734.345	-902.050	1.875.281	238.885
Totaal	**-44.589.004**	**0**	**0**	**44.589.004**